قواعِدُ التمريض

إعداد
الدكتورة سُعاد حسين حسن



بسم الله الرحمن الرحيم

قواعد التمريض



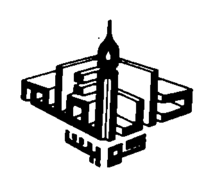
إعداد

الدكتورة سعاد حسين حسن

مديرة المعهد العالي للتمريض بجامعة الاسكندرية (سابقاً)

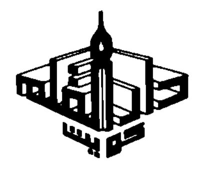
مديرة معهد التمريض بالكويت

دكتوراه فلسفة التربية (فرع التمريض) - جامعة عين شمس



الطبعة الأولى
١٣٩٦هـ ـــ ١٩٧٦م

الطبعة الثالثة
(مزيدة ومنقحة)
١٤٠٥هـ ـــ ١٩٨٥م



دار القلم للنشر والتوزيع
الكويت - شارع السور - عمارة السور - الطابق الأول - شقة ٨
ص.ب : ٢٠١٤٦ - هاتف : ٢٤٥٧٤٠٧ - ٢٤٥٨٤٧٨ - برقيا : توزيعكو

الإهداء

إلى أمي وأبي الحبيبين

اللذين ربياني صغيرة ، ورعياني شابة ، ووقفا دائماً بجانبي يدفعانني إلى الجد والخير ، ويدفعان عني الأذى والشر ، وكان لهما الفضل الأكبر في سيري في طريق العلم والمعرفة ، وكان حنانهما وحبهما وتشجيعهما هي العوامل التي ساعدتني على السير في الطريق الشاق العسير الذي اخترته لحياتي .

إليهما أهدي كتابي هذا ، راجية أن يرضيهما ويسعدهما في جنتهما ، داعية الله سبحانه وتعالى أن يرحمهما كما ربياني صغيرة .

الدكتورة

سعاد حسين حسن

المقدمة

من خلال سنوات خبرتي الطويلة ، في تدريس مواد التمريض ، وإنشاء وادارة معاهده في الوطن العربي الكبير ، شعرت بمدى الحاجة الشديدة ، إلى كتب حديثة باللغة العربية ، تشمل القواعد الأصلية للتمريض ، التي يجب ان تعيها الممرضة تماما ، وتتبعها اثناء عملها في هذا الميدان الواسع المتفرّع النبيل ، والتي يمكن لها ان ترجع إليها في كل خطواتها أثناء حياتها العملية ـ لتؤدي رسالتها الإنسانية السامية ـ وهي تقف على ارض صلبة من القواعد والمعلومات التي تنير لها طريق التعامل مع الإنسان ، في مرحلة من أقسى مراحل حياته ـ اثناء المرض ـ او توجيهه الى المحافظة على صحته ، والوقاية من الأمراض ، في احوال صحته .

لذلك كله ، حرصت كل الحرص ، على ان تشمل محتويات هذا الكتاب ، على القواعد التي تعتبر اساساً يُبنى عليها التمريض ، لتكون منطلقا تنبعث منه باقي الفروع ، حيث ان التمريض العلمي قد تغيّر تغيراً كبيرا من عهد « فلورانس نايتنجيل » ، ليساير تطوُّر المجتمعات ، وحتى يمكنه ان يؤدي رسالته الإنسانية المقدّسة .

ان الزيادة المضطردة في العناية الطبية ، التي نتجت من التقدم العلمي السريع والمستمر ، واكتشاف الطرق الحديثة للتشخيص ، وتَقدُّم العلاج ـ سواء باستعمال الأجهزة والأدوات العصرية ، او باستخدام الادوية الحديثه وطرق

العلاج المبتكرة - كانت سبباً في زيادة العاملين في الحقل الصحي والطبي وتنوّع تخصصاتهم - كما كانت سببا في زيادة العبء على الممرضات ، اذ اصبح على الممرضة - بجانب عملها التقليدي القديم في رعاية المرضى - ان تقوم بكل الخدمات التي استحدثها التقدم العلمي والطبي والتكنولوجي الحديث ، كما ان عليها ان تؤدي جميع الخدمات التمريضية التي يحتاجها الانسان سواء في الصحة او المرض .

والتمريض في النصف الثاني من القرن العشرين ، يتضمّن العناية بالفرد ، جسمانياً ، ونفسياً ، وروحياً ، واجتماعياً ، واقتصاديا - للمحافظة على صحته ومساعدته على استعادتها اذا كان مريضا .

واصبح التمريض اليوم بمعناه الواسع هو :

« القدرة على العناية بالانسان الصحيح وتجنيبه الاصابة بالمرض ، والعناية به عندما يمرض ، وذلك بتحمل احتياجاته الشخصية ، أو مساعدته على أن يقوم بنفسه بأداء هذه الاحتياجات - اذا كان قادراً على ذلك - والاشتراك معه لتوفير أسباب راحته وطمأنينته ، بتقديم قواعد التمريض الفني على أسس علمية ، وفقاً لمتطلباته » .

كما أنه يشمل ايضاً :

« دراسة الفرد ومكانه ، كعضو في أسرته ومجتمعه »

وارتباط هذه العوامل كلها معا ، وتاثير كل منها على الآخر يستلزم تعليم المرضى والمهتمين بأمرهم ، كيفية العناية بالمريض ، والمشاركة في وضع خطط صحيحة لاستعادة صحته ، سواء كان ذلك محليا او حتى دوليا ، وهذه العوامل جميعا التي تتداخل في عملية التمريض ، يجمعها التمريض الشامل الذي تقوم به الممرضة .

وهذا التمريض الشامل ، هو منح وتقديم المقاييس التمريضية السليمة

للعناية الصحية بالفرد وتوفير راحته ، اما باقي الواجبات التي عليها ان تؤديها فهي المشاركة مع باقي اعضاء الفريق الصّحي ، وهي في الواقع تُساهم في جملة اعمال مع باقي العاملين في الخدمات الإنسانية ، فهي تؤدي خدمات الرعاية الصحية بجميع أنواعها ، علاوة على الرعاية الاجتماعية والاقتصادية والروحية والنفسية ، وبذلك تكون هي ينبوع تنبثق منه جميع الخدمات التي تتيح للإنسان — سواء كان مريضاً او صحيحا — كل المقومات اللازمة لشخصه وشخصيته .

لكل هذه الأسباب ، اصبح من الضروري تحديد وتوضيح عمل الممرضة الكبير ، الذي تزايدت اهميته وتشعبت مجالاته في السنوات الاخيرة — اذ انه اصبح من الواجب على جميع المجتمعات بمختلف انواعها وموقعها ان تسعى ، ليس للحفاظ على المستوى الصحي للأفراد فقط ، بل لرفع مستواهم الصحي من جميع جوانبه ، اذ انهم هم الثروة الحقيقية التي تعتمد عليها هذه المجتمعات .

ولما كان هناك نقص كبير في المراجع والكتب العربية التي يمكن الرجوع إليها في هذا الميدان ، كما انه من المهم جداً ان تقدم للطالبة التي تُعِد نفسها للقيام بهذه المهنة والفن الإنسانيين ، كل المعلومات التي يجب ان تزوّد بها لتساير عصرها .

فقد رأيت انه لزاما عليّ ان اساهم بجهدي المتواضع بإعداد هذا الكتاب ليكون اولاً مرجعا لدارسات التمريض ، كما يكون دليلاً وهاديا لكل من يهتم بصحة الانسان من نواحيها المختلفه .

والله أرجو أن يكون عملي موفقاً ومؤديا لما قصدته منه .

« وإن أريد إلا الإصلاح ما استطعت ، وما توفيقي إلا بالله »

دكتورة

سعاد حسين حسن

محتويات الكتاب

الباب الأول : التمريض ومسؤولياته

الصفحة

الفصل الأول : ١٨ - ٢٤

مزاولة التمريض ـ دور الممرضة ـ الوضع القانوني للتمريض ـ قدرات الممرضة.

الفصل الثاني : ٢٥ - ٣٧

الصحة وارتباطها بالتمريض ـ تعريف الصحة ـ خدمات البرنامج الصحي الشامل، ١ ـ تحسين المستوى الصحي. ٢ ـ الوقاية من الأمراض. ٣ ـ تشخيص وعلاج الأمراض. ٤ ـ التأهيل الصحي. ٥ ـ مشاكل صحية جارية.

الباب الثاني : قواعد وتوجيهات لمزاولة التمريض

الفصل الثالث : ٤٠ - ٤٨

القواعد واستعمالها في مزاولة التمريض ـ تعريف القاعدة ـ قاعدة ارشميدس ـ القاعدة الأخلاقية ـ القواعد وعلاقتها بالخطط والاجراءات.

الفصل الرابع : ٤٩ - ٦٤

القواعد الثلاث التي ترتكز عليها ممارسة التمريض. ١ ـ المحافظة على فردية الشخص الذي يعتنى به. ٢ ـ المحافظة على الوظائف الفسيولوجية للإنسان. ٣ ـ حماية الفرد من المسببات الخارجية للمرض والأذى.

الباب الثالث : أسس التعقيم

الفصل الخامس : ٦٦ - ٧١

اصطلاحات وآراء - تعر يفات. ١ - التعقيم الطبي. ٢ - التعقيم الجراحي.

الفصل السادس : ٧٢ - ٧٧

قواعد ووسائل التعقيم والتطهير - تداول الأجهزة والأدوات والعناية بها. **أولا :** وحدات التجهيز المركز ية. **ثانيا :** الأجهزة المعقمة المتاحة. **ثالثا :** القواعد المستعملة في اختيار طرق التعقيم والتطهير ١ - طبيعة الميكرو بات الموجودة ٢ - عدد الميكرو بات الموجودة ٣ - نوع الجهاز ٤ - الغرض المقصود من استعمال الأجهزة والمعدات.

الفصل السابع : ٧٨ - ٩٠

طرق التعقيم والتطهير المستعملة ١ - التعقيم أو التطهير الكيميائي ٢ - التعقيم أو التطهير الطبيعي ٣ - التعقيم والتطهير البارد ٤ - التعقيم والتطهير بالاشعة فوق البنفسجية ٥ - تنظيف الأجهزة والمعدات **أولا :** الوسائل الكيميائية للتطهير **ثانيا :** الوسائل الطبيعية للتعقيم والتطهير ١ - البخار تحت الضغط ٢ - الحرارة الجافة ٣ - الماء في حالة الغليان ٤ - البخار المندفع ٥ - التعقيم السر يع (تعقيم الطوارىء) **ثالثا :** التعقيم أو التطهير البارد **رابعا :** التعقيم والتطهير بالأشعاع فوق البنفسجي **خامسا :** تنظيف الأجهزة والمعدات **سادسا :** تنظيف وتعقيم الأدوات الصاجية والمغطاة بالميناء **سابعا :** تنظيف وتعقيم الأوعية الزجاجية **ثامنا :** تنظيف وتعقيم إبر الحقن **تاسعا :** تنظيف وتعقيم المواد المطاطية والبلاستيكية **عاشرا :** تنظيف وتعقيم الأنسجة.

الفصل الثامن : ٩١ - ١٠٧

قواعد واستعمالات التعقيم الطبي **أولا :** النمو البكتيري في اليد **ثانيا :**

الصابون والمنظفات والماء كعوامل تنظيف **ثالثا:** طريقة غسل الايدي **رابعا:** التعقيم الطبي في الحياة اليومية وممارسة التمريض **خامسا:** مشكلة العدوى بالبكتيريا العنقودية في المستشفيات **سادسا:** علاقة الممرضة ودورها في العدوى بالبكتيريا العنقودية.

الفصل التاسع: ١٠٨ - ١١٥

قواعد وطرق التعقيم الجراحى **أولا:** تعريف قواعد وطرق التعقيم الجراحى **ثانيا:** أهمية جفوت المناولة المعقمة للتمريض **ثالثا:** القواعد التي يعتمد عليها في استعمال جفوت المناولة **رابعا:** التعقيم الجراحى.

الباب الرابع : قواعد ميكانيكية الجسم واستعمالاتها

الفصل العاشر: ١١٨ - ١٣٨

أولا: تعريف وقواعد ميكانيكية الجسم **ثانيا:** اصطلاحات ميكانيكية الجسم **ثالثا:** الحاجة إلى نشاط الجسم **رابعا:** كيف تستعمل العضلات بطريقة فعالة **خامسا:** القواعد الطبيعية التي توجه ميكانيكية الجسم.

الباب الخامس : العلاقة بين البيئة ورعاية المريض

الفصل الحادي عشر: ١٤٠ - ١٤٩

اعتبارات هامة **أولا:** العوامل التي لايمكن للمرضة تغييرها **ثانيا:** الاوضاع التي يمكن للممرضة التغلب عليها ١ ـ الاضاءة ٢ ـ درجة الحرارة والتهوية ٣ ـ العزلة والهدوء.

الفصل الثاني عشر: ١٥٠ - ١٦٧

وحدة المريض **أولا:** الأشياء الأساسية لوحدة المريض **ثانيا:** الأدوات التي تستعمل للرعاية الشخصية **ثالثا:** أجهزة متنوعة **رابعا:** العناية بالوحدة بعد الاستعمال.

الباب السادس : المسئوليات التمريضية
عند تسجيل المريض بالمستشفى

الفصل الثالث عشر: ١٧٠ - ١٧٧

أولا: مقدمة في المحافظة على ذاتية المريض **ثانيا:** مسئوليات التمريض في اجراءات المستشفى **ثالثا:** كيفية المحافظة على ذاتية المريض.

الفصل الرابع عشر: ١٧٨ - ١٩٦

دقة مشاهدة الممرضة للمريض **أولا:** دقة المشاهدة مع المراعاة هي وظيفة التمريض **ثانيا:** الاصطلاحات التي تستعمل للتعبير عن الأعراض **ثالثا:** الحالة البدنية العامة **رابعا:** السن **خامسا:** الوزن **سادسا:** السمع **سابعا:** النظر **ثامنا:** الجلد **تاسعا:** الأظافر **عاشرا:** المشاهدات والاصطلاحات البطنية والمعوية **احد عشر:** المشاهدات والاصطلاحات التنفسية **اثنا عشر:** المشاهدات الخاصة بالألم.

الفصل الخامس عشر: ١٩٧ - ٢٢٣

التسجيل وكتابة التقارير **أولا:** تذكرة المريض **ثانيا:** توصيات الطبيب **ثالثا:** مذكرات الممرضة **رابعا:** الاعتبارات القانونية **خامسا:** عمل الممرضة للتذكرة **سادسا:** التوصيات التمريضية وخطط الرعاية التمريضية **سابعا:** خطط الرعاية التمريضية توفر استمرار الرعاية **ثامنا:** التخطيط لمغادرة المريض للمستشفى **تاسعا:** التخطيط مع العائلة والمريض **عاشرا:** ضرورة كتابة تعليمات رعاية المرضى بالمنزل **أحد عشر:** الاتصال بأقسام أو مؤسسات أخرى.

الفصل السادس عشر: ٢٢٤ - ٢٧٥

الاعراض الحيوية: تعريف الاعراض الحيوية **اولا:** درجة حرارة الجسم ١ ـ طريقة قياس درجة الحرارة من الفم ٢ ـ قياس درجة الحرارة من الشرج ٣ ـ قياس درجة الحرارة الأبطية ٤ ـ قياس درجة

الحرارة الأوربية **ثانيا:** النبض ١ ـ معدل النبض ٢ ـ نظام النبض ٣ ـ حجم النبض ٤ ـ إحصاء ضربات القلب عند قمته **ثالثا:** التنفس ١ ـ معدل التنفس ٢ ـ ملاحظة المريض ٣ ـ العوامل التي تؤثر على التنفس **رابعا:** ضغط الدم أ ـ العوامل التي تحافظ على الضغط الشرياني الطبيعي ب ـ اصطلاحات ـ خطوات قياس ضغط الدم بواسطة المانومتر الزئبقي والقواعد التي تحكمه.

الفصل السابع عشر: ٢٧٦ - ٣١٢

المساعدة في فحوص الكشف الطبي : مقدمة **أولا:** قياس طول المريض ووزنه **ثانيا:** الاعداد للكشف الطبي ١ ـ الوضع القائم «المنتصب» ٢ ـ الوضع الظهري ٣ ـ وضع الاضطجاع الظهري، مع ثني الركبتين وابعادهما ٤ ـ الوضع الظهري مع رفع القدمين في ركاب ٥ ـ الوضع الجانبي «السيمي» ٦ ـ الوضع الركبي الظهري «السجودي» ٧ ـ الوضع البطني ٨ ـ وضع نصف الجلوس ٩ ـ وضع فولر ١٠ ـ وضع ترندلبرج ١١ ـ الوضع العكسي لترندلبرج **ثالثا:** مساعدة الطبيب في الفحص الطبي **رابعا:** نتائج الفحص **خامسا:** فحص الرأس والعنق **سادسا:** فحص العينين **سابعا:** فحص الأذنين **ثامنا:** فحص الانف **تاسعا:** فحص الشفتين والفم والحنجرة **عاشرا:** فحص الأثداء «النهود» **احد عشر:** فحص الصدر **اثنا عشر:** فحص الجهاز الدوري القلبي **ثلاثة عشر:** فحص البطن والظهر **اربعة عشر:** فحص الاعضاء التناسلية والمستقيم للذكور **خمسة عشر:** فحص الجهاز العضلي والعظمي **ستة عشر:** الفحص العصبي.

الباب السابع : تنمية الروابط العلاجية مع المرضى

الفصل الثامن عشر: ٣١٤ - ٣٢١

المهارة في استعمال لغة الاعلام **أولا:** الاتصال اللفظي **ثانيا:** الاتصال غير اللفظي **ثالثا:** فائدة استعمال مهارات الاتصال في التمريض.

الباب الثامن : الرعاية العامة للمريض

الفصل التاسع عشر: ٣٢٤ - ٣٢٨
مقاييس السلامة.

الفصل العشرون : ٣٢٩ - ٣٦١
النظافة الشخصية **اولا:** ترتيب السرير المغلق **ثانيا:** السريع المفتوح **ثالثا:** طريقة عمل أركان ملاءات السرير **رابعا:** كيفية تنظيف السرير **خامسا:** تغيير سرير مشغول **سادسا:** غسل وجه وأيدى المريض **سابعا:** العناية بالفم **ثامنا:** غسيل الرأس **تاسعا:** استحمام المريض في الحمام **عاشرا:** تدليك الظهر **احد عشر:** حمام المريض في الفراش.

الفصل الحادي والعشرون : ٣٦٢ - ٣٨٣
رعاية المريض بالفراش **أولا:** استعمال القصرية في الفراش **ثانيا:** قروح الفراش **ثالثا:** أوضاع المريض بالفراش وتحركاته **رابعا:** إعطاء الحقن الشرجية **خامسا:** غسيل الشرج.

الباب التاسع : الحرارة والبرودة كوسائل للعلاج

الفصل الثاني والعشرون: ٣٨٦ - ٣٩٩
استعمال الحرارة في العلاج **اولا:** قرب الماء الساخن **ثانيا:** المكمدات الساخنة **ثالثا:** اللبخ الساخنة استعمال البرودة في العلاج **اولا:** المكمدات الباردة **ثانيا:** كيس الثلج.

الباب العشر : البول والبصاق واجراءات حفظها للتحليل

الفصل الثالث والعشرون: ٤٠٢ - ٤١٦
البول ، أمراض البول **اولا:** انحباس البول **ثانيا:** تسلسل البول **ثالثا:**

انعدام البول **رابعا: ملاحظات عن البول ١ ـ تجهيز عينة البود ٢ ـ تجهيز عينة بول ٢٤ ساعة ٣ ـ كيفية تحليل البول.**

الفصل الرابع والعشرون: ٤١٧ - ٤١٩

البصاق ١ ـ القوام ٢ ـ اللون ٣ ـ التخلص من البصاق ٤ ـ فحص البصاق ٥ ـ إعداد عينة البصاق.

الفصل الخامس والعشرون: ٤٢٢ - ٤٣٧

طرق اعطاء الأدو ية كوسائل علاجية ـ الغرض من اعطاء الادو ية ـ مسئولية الممرضة ـ الاوزان والمقاييس المستعملة ـ طرق اعطاء الادو ية ـ اولا: طر يقة اعطاء الادو ية من الفم ـ دور الممرضة في حالة الخطأ ـ دولاب الادو ية ـ انواع الادو ية التي تعطى بالفم.

الفصل السادس والعشرون: ٤٣٨ - ٤٦٢

طر يقة اعطاء الدواء بالحقن **اولا:** الحقن تحت الجلد **ثانيا: خطوات** اعطاء الحقن في العضل أو الاليتين وقواعدها **ثالثا:** طر يقة اعطاء الحقن في الوز يد وقواعدها.

الفصل السابع والعشرون: ٤٦٣ - ٤٨٣

استنشاق الاوكسيجين ـ تعر يف التنفس ـ اعتبارات خاصة في استعمال الأوكسجين ـ اسطوانة الاوكسيجين ـ خيمة الاوكسيجين ـ احتياطات هامة للمر يض الذي يستنشق الاوكبيجين داخل الخيمة ـ اعتبارات خاصة في توفير الرعاية التمر يضية للمر يض في الخيمة ـ طر يقة الحلاقة قبل العملية.

المراجع ٤٨٤ - ٤٨٦

الباب الأول

التمـريض ومسؤولياته

الفصل الأول

مزاولة التمريض

المقـــدمة

تعتبر فلورانس نايتنجيل باعثة الروح في رفع مستوى التمريض من مهنـة غير معترف بها الى فن ذو مكانة رفيعة في العصور الحديثة ، بعد مـا أصابه من ركود وهوان واحتقار في عصوره المظلمة ، وتبعـاً لذلك تقدّم التمريض تقدماً ملحوظاً وارتفعت مكانته خلال النصف قرن الأخير ، حتى اصبح يقوم بالدور الأساسي في توفير الرعاية الصحية للمجتمع كله .

عندما بدأ التمريض الحديث قبل نهـاية القرن الماضي ، كان منصباً بصفة مبدئية على رعـاية المريض جسمانياً في المستشفى ، إذ كانت المرضات يوجهن كل اهتماماتهن لأدائه عملياً فقط – كما تعلـّمن ذلك – باعتبار أن هـــذه هي الطريقة المثلى لتمريض المرضى بالمستشفيات، دون النظر الى النواحي الأخرى التي يحتاجها المريض ، والتي قد تكون هي السبب المباشر للمرض .

ولكن أثبت مرور الزمن أن التمريض هو أعظم وأجل بكثير من مُجرّد أداء هذا العمل الآلي بالمستشفى ، وبدأت الممرضات يتحسسن من خلال عملهن ، أن هناك اعتبارات اجتماعية ونفسية ، يجب أن يلمسنها بمشاعرهن عند رعايتهن لأي مريض ، وسرعان ما كان لهـــذه الرؤية العميقة آثارها الملموسة ، إذ اكتشفن أن للتمريض علاقة وطيدة بمنـع المرض ورفع المستوى الصحي .

وقد نشأ هذا الإدراك الحسي الأوسع للتمريض عن طريق تطبيق الممرضة للمبادىء الأساسية للتمريض - اكثر منه من التعلُّق بالمعلومات التقليدية التي تعرفها - وتعني هذه المبادىء ، أن التمريض يهتم بحاجة الأفراد الى الرعاية الصحية ويشمل أيضاً اهتمامه بهم كأفراد تؤثر متطلباتهم الشخصية على صحتهم. وتتركز هذه اللفتة التي لها المقام الأول على خدمة الشخص من جميع النواحي المتعلقة به أكثر من تركيزها على الإجراءات والنظم الآلية - فهي لا توفر الرعاية للفرد في المستشفى فقط ، بل عليها أن تمتد الى احتياجاته قبل اقامته بالمستشفى وبعد مغادرته لها .

وقد أخذ التمريض - في السنوات الأخيرة - في أداء دوره بدقة أكثر ، كما أنه يحاول تحديد هذا الدور وكيف يجب أن يكون . لقد مضت الأيام التي كانت الممرضة تقوم فيها بدور « المساعدة الخاصة » للطبيب فحسب ، كما وَلَّى أيضاً الزمن الذي كان فيه اعداد الممرضة يتكون مبدئياً من تعليمها الطرق العملية للتمريض ، والحقائق عن الأعراض المرضية والجراحية .

ومع أن الممرضات ما زلن يتولين الناحية العملية من العلاج ، إلا أن التمريض أصبح الآن أوسع كثيراً من ذلك .

وسنبين فيما يلي دور الممرضة كما يُرى الآن :

دور الممرضة :

تطور التمريض في السنوات الأخيرة تطوُّراً كبيراً - كما حدث في المهن والعلوم الأخرى - فما كان يسمى تمريضاً حتى عام ١٩٤٠ لا يُعَدُّ صالحاً الآن. ويُعرَّف التمريض الآن بأنه « علم وفن ومهارة » ويعني الشفاء بتقديم الرعاية الكاملة ، أو بمعنى آخر له جانبان .

١ - الجانب الفني .

٢ ـ الجانب المعنوي (النفسي والاجتماعي) .

وبمعنى أوضح فهو يعنى بإمداد المجتمع بخدمات معينة علاجية في طبيعتها تساعد على بقاء الفرد صحيحاً ، كما تمنع المضاعفات الناتجة عن الأمراض والإصابات ولذلك يشمل دور الممرضة الواجبات الآتية :

أ ـ تقديم التمريض الشامل :

تعتمد خدمات الممرضة على توفير متطلبات الشخص الذي ترعاه، وتكون هذه المتطلبات ، جسمانية ، وعقلية ، وعاطفية . وتكون لها طبيعة وقائيا وعلاجية ومسكنة ، وهي كلها لازمة للمريض بدرجات متفاوتة ، وقد لا يكون الغرض منها كلها واضحا .

وتؤدى هذه الخدمات للشخص، سواء كان مريضاً بالمستشفى ، أو مترددا على عيادة ، أو زائراً لطبيب في مكتبه ، كما تقدم له أيضاً في منزله ، وفي أي حالة من الحالات حتى ولو كان متبرعاً بدمه للهلال الأحمر .

ب ـ تنفيذ الخطة العلاجية للطبيب :

إن الطبيب هو الذي يخطط العلاج ويصفه ، والممرضة هي المسئولة عن تنفيذه كما حُدد . فمثلاً اذا رأى الطبيب أن أحد المرضى يحتاج الى دواء معين ، فهو يحدد مقدار الجرعات ، ومواعيدها ، وطريقة اعطائها . وتصبح الممرضة عندئذ مسئولة عن اعطاء المريض هذا الدواء طبقاً لتعليمات الطبيب .

حـ ـ ممارسة فنها اتماما لخطة الطبيب

كما تمارس الممرضة وتراقب الرعاية التمريضية، فهي التي تتمم خطة الطبيب العلاجية فمثلاً .

مريض بالمستشفى يحتاج الى اتمام نظافته ، والى العناية بفمه ، فتقدم

المرضة الحمّام للمريض وتعتني بفمه ، دون حاجـة لتوصية من الطبيب لأداء هذه الخدمات ، ومعنى هذا أنها تؤدي احتياجات المريض التمريضية وتوفرها له من تلقاء نفسها ، دون الرجوع للطبيب ، طالما هذا في حدود اختصاصاتها الفنية ، وفي الوقت نفسه تعتبر مدخلا لراحة مريضها الذي في يدها أن تؤدي كل متطلباته من ملاحظتها المباشرة له ، فتحـاول بقدر إمكانها العمـل على مرضاته ، وفق حالته المرضية .

د ـ منسقة لخطة الرعاية الطبية للمريض :

في كثير من الأماكن التي تعمل فيها المرضات ، يوجد أشخاص آخرون غيرهن وغير الأطباء ، يكلفون بتنفيذ خطة العلاج التي قررها الطبيب ، فمثلاً قد يوصي الطبيب باجراء علاج طبيعي وبتغذية خاصة لأحد المرضى . في مثل هذه الحالة ، يقوم اخصائي العلاج الطبيعي واخصائي التغـذية بدور هـام في رعاية المريض . وتصبح المرضة مسئولة عـن تنسيق وأداء واستمرار هـذه الرعاية للمريض . وهي تعمل بالتعاون مع العاملين الصحيين الآخرين المشتركين في هذا المثال ، فاذا نصح أخصائي العلاج الطبيعي المريض باجراء تمارين دورية لمدة معينة ، ففي معظم المؤسسات الصحية يكون فريق المرضات هو المسؤول عن تنفيذ هذه التوجيهات ، كما أن المرضة تكون مسئولة عن متابعة استمرار المريض في التغذية الخاصة التي وصفت له ، وعليها تنفيـذ ذلك بالتـعاون مع اخصائي التغذية ، كما أن عليها أن تتأكد من أن المريض قد حصل على التعليمات اللازمة الخاصة بتغذيته .

يظهر جلياً مما سبق ، أن مهمة المرضة متعددة الجوانب ، ويمكن القول باختصار ، إن دورها هو تنفيذ خطة الطبيب المقررة للعلاج ، كما أنهـا تقوم بأداء ومراقبة كل الاجراءات التمريضية التي ترى أنهـا لازمـة لشفاء المريض للقيام بها ، كما أنهـا تنسق خطة الرعاية مع الأعضاء الآخرين للفريق الصحي .

ليست هناك وجهة نظر واحدة للعمل التمريضي ، فلكل مريض طباعه الخاصة التي تجعل حالته مختلفة عن حالة أي شخص آخر ، ولذلك فهناك اختلاف واضح في الرعاية التمريضية التي تجرى لأفراد عديدين، بل إن هناك اختلاف في تمريض الفرد الواحد في أوقات مختلفة .

ويستلزم مراعاة هذه التغييرات استعمال كل قدرة المرضة على التمييز ، وكذلك مهاراتها وخبراتها المكتسبة ، وفي هذه الأحوال فإن على الممرضة أن تضع خطة الرعاية وتعدّل فيها طبقاً للتغيُّرات التي تحدث . وقد تعهد ببعض الأعمال الى بعض الفنيين الآخرين المُعدّين للقيام بها كل فيما يخصه طبقاً لمصلحة المريض . ولكن تبقى الممرضة هي التي تتحمّل وحدها دائماً المسئولية الأولى نحو مرضاها ، حتى ولو ساعدها هؤلاء الفنيون في رعايته .

إن هدف خطة الممرضة للرعاية ، لا يختلف عن هدف الطبيب أو باقي الفريق الصحي الآخر . فكلهم يهدف الى خدمة الأفراد ، للمحافظة على صحتهم ، ومنع المرض عنهم أو شفاؤهم منه ، وكذلك الحرص على حياتهم وإراحتهم ورعايتهم حتى وهم في آخر لحظات حياتهم، مهما اختلفت متطلبات كل منهم .

وعلى العموم فمن خلال الأبحاث العلمية التي تضمنت دراسة رعاية المريض ، وبتحليل الواجبات التي تواجه الممرضة، نجد أنه لن يمكن إيجاد الوصف الكامل لدور الممرضة ، بل إن كل ما يمكن إعطاؤه هو صورة عامة لعملها .

ويصف أحد الباحثين دور الممرضة بما يلي :

« أعتقد أن السمو الذي تعنيه التسمية الحقيقية للممرضة ، لا يتوقف على تنفيذها للعلاج المقرّر (مع أنه من الواجب تنفيذ ذلك بكل دقة) فحسب، بل هي في المعاني الحقيقية التي يحتويها اسم المهنة بصفة خاصة . فهي رعاية الإنسان روحياً وجسمانياً وعاطفياً واجتماعياً » .

ومع تسليمنا بضرورة تنفيذ الخطة لرعاية المريض ، إلا أننا نؤكد بأن القيمة الكبرى للتمريض – هي مـــا يمكن للمرضة أن تفعله للفرد عند رعايته كإنسان .

الوضع القانوني للتمريض :

في بداية القرن العشرين بدأت الدول المختلفة في اصدار قوانين لممارسة مهنة التمريض ، لتحديد مواصفات من يتولى القيام بهذه المهنة ، أسوة بما يُتبع في مزاولة المهن الأخرى كالطب والهندسة مثلاً .

فصدر أول قانون في الولاياث المتحدة لممارسة مهنة التمريض عـام ١٩٠٣ في كارولينا الشمالية . وتوجد الآن قوانين لممارسة مهنـة التمريض في جميـع الولايات الخمسين بالولايات المتحدة الأمريكية وفي مركز كولومبيا وبورتوريكو والجزر العذراء ، كما توجد قوانين مماثلة في بعض الدول العربية مثل جمهورية مصر العربية وغيرها .

وقد وضعت هــذه القوانين لحماية المواطنين ، واشتُرط تزويد الممرضات اللواتي يؤهلن لمزاولة مهنة التمريض بشهادات وتراخيص – وبذلك تُمنَع غير الحاصلات عليها من مزاولة المهنة .

وتختلف هذه القوانين الى حد ما – من دولة الى أخرى . فبعضها يُعرّف التمريض ، بينما يفصّل البعض الآخر مـا يجب أن تعمله الممرضة أو لا تعمله عند ممارسة التمريض .

ويشترط القانون في بعض الدول أن تكون الممرضة مرخّصة حتى يمكنها مزاولة المهنة (مثل هذا القانون يُرجَع اليه كمرجع لمزاولة العمل في التمريض).

وفي بعض الدول الأخرى يسمح القانون بأن تسمّي الممرضة المؤهلة نفسها « ممرضة مُسجّلة Registered Nurse (R. N) » . وبذلك يمكنهـا مزاولة

المهنة (ويُرجَع الى هـذا القانون كمُسوّغ لمزاولة العمل في مهنة التمريض – إذ أن الرخصة غير مطلوبة للمزاولة) .

قدرات الممرضة المؤمنة بمهنتها :

المرضة المؤهّلة المؤمنـة بمهنتها – هي التي تكون شديدة الإحساس بالاحتياجات الاجتماعية والفردية (الشخصية) ، وعندها الرغبـة الخالصة والإرادة الحقيقية لمساعدة الآخرين ، كما يتوفر عندهـا الشغَف والقدرة على تحصيل المعلومات العلمية والعملية والقدرات المطلوبة لمزاولة التمريض ، كما أنها تملك أيضاً تصوُّراً خلاّقاً وقدرة تحليلية ونظرة إيجابية للمواقف التي تصادفها، وتتوفر عندها الرغبة الصادقة في تنمية نواحي ثقافتها وزيادة معرفتها بكل جديد يتصل بمهنتهـا من قريب أو بعيد ، كما تملك القدرة على التقييم عندما تحكم على عملها في ضوء التجارب والمعلومات الجديدة .

ومن خلال درايتها بالنموّ والتطوُّر الإنساني، ومقدرتها على إيجاد العلاقات الشخصية – تحاول المرضة أن تعرف نفسها وتعرف الآخرين وأن تُحسّ باحتياجاتهم – كما تحاول أن تعمل بتعاون وانسجام مع غيرها مستعملة الحكمة في مشاركتها للمسئولية معهم .

كما أنها تؤمن بضرورة توفـُّر الصحة والمحافظة عليها، والوقاية من الأمراض، وتعكس معتقداتها من خلال سلوكها الشخصي ونشاطها اليومي – وهي تشبه المعلـّم في هذه النواحي .

وتعرف المرضة أيضاً واجباتها نحو من تعاشرهم ، ونحو وطنها ومدينتها ، وتتقبـّل مسئولياتها كمواطنة صالحة ، وتتمسك بإيمانهـا في الحقوق المتساوية للأفراد والجماعات – دون النظر الى الأصل أو الجنس أو اللون أو السُّلالة أو الحالة الاقتصادية أو المركز الاجتماعي .

الفصل الثاني

الصحة وارتباطها بالتمريض

لكل إنسان الحق في أن يكون صحيحاً ومتمتعاً بكامل قواه البدنية والعقلية .

وقد عرفت جميع دول العالم – أن صحة مواطنيها هي إحدى أثمن ثرواتها وكنوزها – وقد قال اميرسون Emerson «الصحة هي الثروة الأساسية للأمة»، واعتُبر هذا المبدأ قوةً دافعةً في القيادة العالمية ، واستُعمل كأداةٍ أساسية في السياسة العالمية والدولية .

كما عرف الناس أن الصحة – « حق أساسي للجنس البشري» – ومن هنا تنبعث الحاجة الى الخدمات الصحية المختلفة ، التي تشمل الخدمات التمريضية، والتي يمكنها أن تتلاءم باستمرار مع المتطلبات والاحتياجات الدائمة التغيُّر للمجتمع .

تعريف الصحة :

توجـد تعريفات عديدة للصحة – سواء من الناحية الأدبية أو المهنية – وتنبعث كلهـا من افتراض أن الصحة تتمثل في – اللياقة البدنية ، والاتزان العاطفي والعقلي ، والإفادة الإجتماعية .

ومن المقرَّر أن الصحة تعني :

«الكفاءة التامة البدنية والعقلية، والفاعلية الاجتماعية والراحة النفسية» .

والمطلب الأول لتوفير حياة كاملة ، هو كفالة الصحة التي تتيح للإنسان القدرة على التعبير عن نفسه الى أقصى حد وتطويرها .

وقد عرّفت منظمة الصحة العالمية – وهي إحدى الوكالات المتخصصة في الأمم المتحدة – الصحة في ديباجة دستورها بما يأتي :

« هي حالة توفّر مستوى بدني وعقلي واجتماعي وسعادة كاملة ، كما أنها ليست فقط حالة عدم المرض أو العجز » .

كما قرّرت أيضاً أن الصحة هي :

« أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان ، دون النظر الى أصله أو دينه أو معتقده السياسي أو الوضع الاقتصادي أو الاجتماعي » .

هذه التعريفات العديدة للصحة ، تبيّن أن ما يكوّن حالة الصحة ليس شيئاً ثابتاً بطبيعته ، وبتعبير آخر :

« إنه لا يوجد حدّ فاصل ينتهي عنده سوء الصحة وتبدأ جودة الصحة » .

وتعتبر الصحة الآن – بوجه عام – أنها شيءٌ نسبيٌ بطبيعته طبقاً لطبيعة الأشخاص – وعلى ذلك فإن لكل شخص مجالٌ متسع يمكنه فيه أن يؤدي أعماله ويظل متمتعاً بصحته .

خدمات البرنامج الصحي الشامل :

من المسلّم بـــه الآن بوجه عام ، أن البرنامج الصحي الشامل ، يتضمن الخدمات الرئيسية التالية :

١ – تحسين المستوى الصحي .

٢ – الوقاية من الأمراض .

٣ – تشخيص الأمراض وعلاجها .

٤ – التأهيل الصحي .

إن ذكر هذه الخدمات الأربعة ووصفها – لا يعني مطلقاً – أن كلّ خدمة منها منفصلة عن الخدمات الأخرى ، أو لا تتصل بها ، إذ يصعب في الحقيقة تحديد أين تنتهي إحدى هذه الخدمات وتبدأ الأخرى ، فهي متصلة ببعضها من نواحي مختلفة ، فمثلاً في أحوال معيّنة يؤدّي التأهيل الجيد الى تحسين المستوى الصحي ، وبذلك يُمنَع المرض والعجز ، فالوسائل التي تحسّن المستوى الصحي تمنع غالباً المرض . كما أن الطرُق الفنية التي تحسّن المستوى الصحي وتمنع الأمراض ، قد ساعدت على تقدّم طرق تشخيص الأمراض ومعالجتها .

ومن ثَمّ لا يمكن القول بأن العاملين الصحيين يكلّفون بواحدة أو اثنتين فقط من الخدمات الأربعة السابقة . بل تعتبر كثير من الهيئات العاملة في مجال الصحة ، أنها تُسهم في تقديم كل هذه الخدمات مجتمعة .

والتمريض طبعاً هو إحدى هذه الهيئات ، ولا ريب في أن كل هذه الخدمات الأربعة ، ذات أهمية كبرى للممرضات ، وتتوقف حسن رعاية المريض ، على السُّبل المختلفة التي يتبعنها في أدائها .

ومع أن تحسين المستوى الصحي ، والوقاية من الأمراض مع تشخيصها وعلاجها والتأهيل المهني – متصلة كلها ببعضها – إلا أننا سنصف كلاً منها باختصار حتى يمكن لطالبة التمريض ، أن تعرف ما الذي يكوّن البرنامج الصحي الشامل .

(أولاً) تحسين المستوى الصحي :

تقدّمت العلوم في السنوات الأخيرة تقدماً كبيراً في معرفة الصحة الجيدة ، وكيف يمكن تحسين مستواها ، فعُرف أن هذا التحسين يجب أن يشمل تطوير برامج الصحة العقلية والبدنية واستعمالها على نطاق واسع .

وقد درس علماء «علم النفس» والأطباء النفسيون بوجه خاص الآثار الفردية في حالتي التركيز والإجهاد للأشخاص بوجه عام ، وأمكن لهذه الدراسات وضع برامج لمساعدة الفرد على مجابهة متطلبات الحياة اليومية ، وتمكنه من التمتع بسعادة اجتماعية وهدوء عقلي أفضل .

كما وُضعت برامج استشارية عديدة ، وهي نماذج للخدمة التي تعمل على تحسين مستوى الصحة العقلية والصحة البدنية .

كما أن الدراسات العديدة للتغذية ، تعتبر مثالاً يستشهَد به في مجال الصحة البدنية . إذ عُرفت احتياجات الجسم الغذائية الأساسية معرفة جيدة ، فقد بيَّنت التجارب على الحيوانات ، والمشاهدات العلمية لعادات الحمية الغذائية للإنسان مدى تأثير كل من العادات الحسنة والسيئة . ومن خلال البرامج التعليمية الدقيقة تمكن علماء التغذية ومعاونيهم أن يساهموا مساهمة فعالة في تحسين المستوى الصحي بتوعية الناس الى كيفية اختيار الأغذية الصحيحة وكيفية إعدادها وتناولها .

وكما أن الخدمات الأربعة للبرنامج الصحي الشامل متداخلة ، فكذلك تتداخل الصحة العقلية والبدنية ، وقد خطا الطب خطوات واسعة في معرفة العلاقة الوطيدة بينهما، كما أوضحت الدراسات العديدة أنه يَصعُب اعتبار كل منهما مستقلة عن الأخرى .

(ثانياً) **الوقاية من الامراض** :

أوضحنا أن تحسين المستوى الصحي ، يساعد على منع الأمراض ، ولكن رغماً عن العناية بهذا التحسين — فإن الأمراض ما زالت تصيب الإنسان .

والبحث العلمي لإيجاد التدابير التي تمنع هذه الأمراض ما زال مستمراً ، ولحسن الحظ فقد أفادت مكافحة الأمراض في كثير من الحالات ، كما اختفت

فعلاً بعض الأمراض المُعدية التي داهمت العالم خلال النصف قرن الماضي ، وكان ذلك نتيجة للتقدم الكبير في تطوير برامج التوعية الصحية. ونذكر على سبيل المثال أمراض الجدري والدفتيريا والسل ، كما أن هناك أمراضاً أخرى أمكن تقليلها الى الحد الأدنى بتحسين الوسائل الصحية مثل حمى التيفوئيد .

ونتيجة للبحوث المستمرة، والجهود الصادقة التي تبذل للوقاية من الأمراض، ظهرت ثلاثة اتجاهات هامة للوقاية منها ، وهي كالآتي :

أ - أمكن التغلب على كثير من الأمراض المعدية كما بيّنا سابقاً ، ولكن لم يمكن التغلب على كثير من الأمراض المزمنة . وتتجه الجهود الآن نحو تحديد أعراض الأمراض المزمنة قبل حدوثها - ولذا رُؤي زيادة الدعاية الصحية لحث الناس على الفحص الطبي الدوري ، وبخاصة لمن هم فوق سن الخامسة والثلاثين عاماً ، حتى يمكن كشف الأعراض المبكرة لأي مرض مزمن - وبذلك يمكن منعه .

ب - زيادة الاهتمام بالمشاكل الصحية الناتجة عن تغيُّر البيئة الاجتماعية . فقد ازداد عدد الأفراد الذين يزيد سنهم عن ٦٥ عاماً في العالم زيادة ملحوظة خلال السنوات الأخيرة ، كما ازداد اهتمام اخصائيو الطب الوقائي بهذه السنوات المتأخرة من العمر، لكي يجنّب هؤلاء الأشخاص الشعور بالوحدة وترقُّب الموت .

جـ - العناية بالعوامل المتغيرة التي قد تسبب أمراضاً خطيرة معيّنة ، فمثلاً الأشخاص الذين يعملون تحت ضغط شديد ، يحثون على أخذ إجازات دورية حتى تقيهم من الأمراض التي يسببها الضغط .

(ثالثاً) تشخيص وعلاج الامراض :

مع أن تحسين المستوى الصحي والوقاية من الأمراض قد أحرزا تقدماً ونجاحاً كبيرين ، إلا أن استمرار تشخيص الأمراض وعلاجها هما مسئولية

أساسية في أعناق المختصين يجب أن لا يتوانوا عن أدائها ما بقيت الحياة .

ولقد كان الدور التقليدي للممرضة في تشخيص الأمراض وعلاجها ، هو معاونة الطبيب في التنفيذ – ومع أن هذا الدور لم يتغير تغيراً كبيراً – إلا أن مسئوليات الممرضة قد زادت ، فمن خلال دقة مشاهداتها وتقاريرها ، ومهارتها في تنفيذ أنواع عديدة معقدة من العلاج بالإضافة لتعاونها مع الطبيب – الذي هو المسؤول الأول عن تشخيص المرض وعلاجه – فيطلب غالبا منها المشاركة في البحث الطبي ، مما كان من نتائجه أنه أمكن الإسراع في تقدم البحوث الطبية أيضاً .

(رابعاً) **التأهيل الصحي** :

الأصل في التأهيل ، أنه وسيلة محدودة لإعادة الشخص العاجز الى أحسن حالة صحية ممكنة، إلا أنه قد أصبح الآن أكثر شمولاً وأوسع ميدانا ، نتيجة للتقدم العلمي الحديث .

فالتأهيل الصحي أصبح اليوم عاملاً هاماً ضمن الرعاية الصحية ، إذ لم يعد محصوراً في مساعدة المريض بتزويده بالمعلومات والقـــدرات العضلية فقط ، لكنه مسئول أيضاً عـن تعليمـه مهارات جـديدة تمكنه من استرداد مكانته الاقتصادية والاجتماعية .

إذ يبدأ التأهيل الصحي من اللحظات الأولى التي يتلقى فيها الفرد رعـاية شخصية ، فهو يشمل كل عناصر الرعاية ويستمر طوال فترة المرض وبعدها ، حتى يستعيد المريض أحسن مستوى صحي يمكن أن يصل إليه .

وأولى خطـواته هي مساعدة المريض على فهـم مرضه أولاً ، ثم إعداده لتحمـل مشاكله العاطفية والبدنية بصدر رحب ومرونة ، فقـد مضى الزمن الذي كان فيه واجب الممرضات والعاملين الآخرين في مجال الصحة ، هو توفير

الخدمة الشخصية الكاملة للمريض فقط ، دون أن تحظى حالته الجسمانية بمثل هذه الرعاية .

حقيقة إنه ما زال هاماً ، أن يقدم العاملون الصحيون للمريض كل عناية ، ولكن أصبح عليهم أن يهتموا أيضاً بمراحل التأهيل الصحي الذي يكون ناجحاً عندما يعلم المريض أو يساعد على رعاية نفسه ، حتى لا يفقد الرغبة في الاعتماد على نفسه ، بل يجب أن تنمى فيه القدرات اللازمة لمزاولة حياته اليومية ، وحتى يصبح قادراً تماماً على العناية الكاملة بنفسه .

والمشاركة في برنامج المساعدة الشخصية ، تنشط التحرك البدني والعقلي ، الذي يؤدي بدوره الى استرداد الصحة ودفع المريض للاعتماد على نفسه · كما أن الرعاية الصحية الذاتية ترفع الروح المعنوية وترد الشعور بالكرامة الشخصية لدى المريض .

ويشعر معظم المرضى بالرضا النفساني والإحساس بالقيمة الذاتية · عندما يستعيدون تدريجياً القدرة على رعاية أنفسهم والتعود على مسايرة أمراضهم أو عجزهم .

وقد أحدث هذا التصور لقيمة التأهيل الصحي صدمة كبيرة للتمريض ، الذي كان يعتقد فيما مضى أنه يقوم بكل الخدمات المطلوبة للمريض من كافة النواحي أثناء مرضه ، إلا أن هذا الاعتقاد بدأ يتزعزع أمام المفهوم الجديد للخدمات التمريضية التي يتطلبها إضافة التأهيل الصحي لها ، وذلك عن طريق تشجيع المرضى على مساعدة أنفسهم بأنفسهم ، ومع أن الطريق ليس سهلاً دائماً ، لكن كان على الممرضات أن يتعلمن كيف يواجهن التحديات التي يوجدها التأهيل الصحي .

ويحتاج إمداد المجتمع بهذه الخدمات الأربعة للرعاية الصحية ، الى حشد

الكثيرين لإمكانية القيام بها على الوجه الأكمل، إذ لا يمكن لأي مجموعة محترفة أن تتكفل وحدها بالعمل كله مستقلة عن المجموعات الأخرى ، ولذلك فإن مجموعات عديدة من العاملين المتخصصين تعمل متعاونة معا لإمداد المجتمع بكل الخدمات السابقة .

وقد أخذت الممرضات على عاتقهن مسؤوليات دور كبير جداً ، فبالإضافة الى رعاية المرضى بالمستشفيات والمنازل ، فهن يقمن بمسئولياتهن نحو المجتمع في المساعدة على تحسين المستوى الصحي والوقاية من الأمراض ، وتشخيص الأمراض وعلاجها ، والتأهيل الصحي .

وقد ساعد ، تقدم وسائل تحسين المستوى الصحي والوقاية من الأمراض ووسائل تشخيص الأمراض وعلاجها ، على زيادة معدل السن في العالم .

كما أن توفر وسائل نظافة الماء والغذاء ، خفضت من نسبة بعض الأمراض مثل حمى التيفوئيد .

وساعد أيضاً توفير الفيتامينات ، على انخفاض نسبة حدوث بعض الأمراض – التي كان يسببها نقصها – مثل إسهال الأطفال .

وساعدت أيضاً برامج :

ا – التطعيم .

ب– التحصين .

ج – استعمال المضادات الحيوية .

في السيطرة على معظم الأمراض المعدية .

كما أن برامج الاكتشاف المبكر للأمراض ، كانت عاملا هاماً في السيطرة على بعض الأمراض ، كالسل الرئوي .

كما ساعد أيضاً تحسين التجهيزات المخبرية ودقتها ، على تشخيص الأطب للأمراض تشخيصاً صحيحاً .

وقد ساعد تقدم التأهيل المهني والصحي – بل وأتى بالمعجزات ، في كثير من الحالات – على منع العجز الجسماني ، والاجتماعي لكثير من الأشخاص .

وكان للأدوية الحديثة ، وللتجهيزات والطرق التقنية أثرٌ واضح في الوقاية من الأمراض والشفاء منها .

هذه الأمثلة القليلة التي ذكرناها ، هي نموذج للانجـازات الصحية الكثيرة في الميدان الصحي .

مشاكل صحية جارية :

إن التقدم الصحي الذي تم حتى الآن ، مشجع بــلا شك ، إلا أننا في حاجة الى الكثير الذي يجب أن يعمل ، حتى يتمتع أكبر عدد من بني الانسان بالصحة الجيدة .

وقـد حققت كثير من أمم العـالم ، مستوى صحياً عالياً ، إذ زاد معدل السن فيها عشرين عاماً منذ عام ١٩٠٠ ، كما قلّت نسبة وفيات الأطفال الى حـد كبير ، واختفت كذلك كثير من الأمراض المعدية ، وطورت وسائل السيطرة على معظم الباقي منها .

وفي الحقيقة أدى التقدم الكبير في البحوث الطبية – بعد الحرب العالمية الثانية (عام ١٩٣٩ – ١٩٤٥) – الى نتائج باهرة .

إن كل تقدم يوسع آفاق العمل أمامنا ، وكل نجاح يُمكننا من زيادة التركيز على الأخطار الباقية ، وما تسببه من تحد وتهديد صحيين .

كثير من هذه التحديات يسببها :

١ – تغير عادات الانسان المعيشية .

٢ – أنواع العمل الجديدة التي أدخلت على حياتنا ، فلقد زاد عـــدد الأشخاص الذين هم في سن الخطورة في العالم ، عما كانوا في أي وقت مضى ، سواء الصغار منهم أو الكبار ، وهم يحتاجون إلى خدمات صحية أكثر من ذي قبل .

٣ – التعقيدات السكنية والصناعية .

إذ يعاني منها الآن كثير من الناس ، حيث يواجهون مشاكل جديدة ، لكفالة سلامتهم وراحتهم ، وليس هذا فحسب ، بل هناك صعوبة حقيقية ، في توفير العناصر الأساسية اللازمة للحياة ، كالماء والهواء والأرض ، كما أن مخاطر الحياة الحديثة تسبب عدم الاستقرار النفسي ومـا ينتج عنه من مشاكل .

٤ – انخفاض نسبة الموت المبكر ، وازدياد معدل السن .

فقـــد تسببا في زيادة عدد كبار السن

إن من أهم المشاكل ، التي تسببها زيادة عـدد السكان المسنين – هي زيادة نسبة الأمراض المزمنة – التي وإن أثرت على كل مستويات السن ، إلا أن تأثيرها أكثر شمولاً على المسنين .

والجدول التالي يبين أن معدلات الوفاة من الأمراض المزمنة – في ازدياد - بينما انخفضت نسبة الوفيات من الأمراض الحادة إنخفاضاً كبيراً .

هناك ثلاثة أسباب شائعة في البلاد المتقدمة اليوم وهي :–

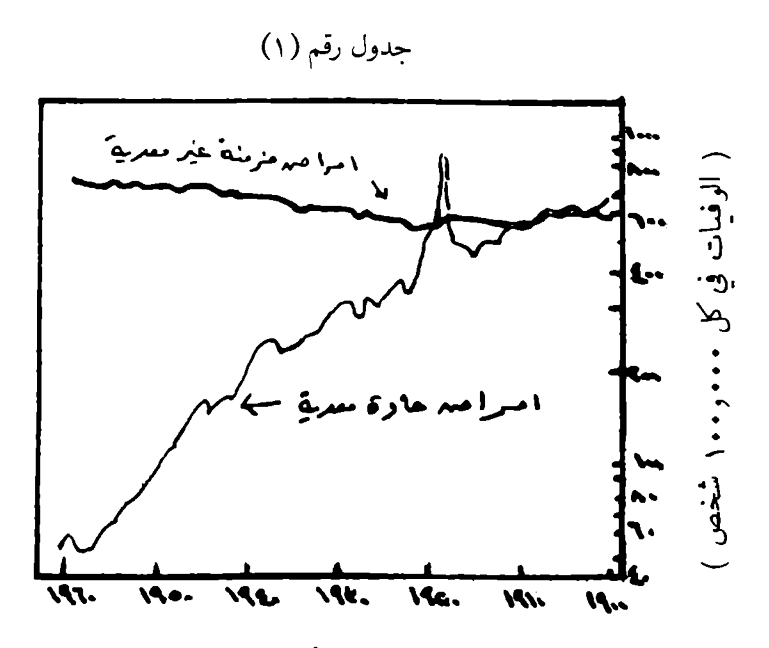
ا – أمراض القلب .

ب - الأورام الخبيثة .

جـ – أمراض الجهاز العصبي .

كما يُعزَى السبب الأكبر للتغيب عن الأعمال والمدارس – في كل مستويات السن – الى اصابات الجهاز التنفسي .

جدول رقم (١)



معدلات الوفاة من الأمراض المزمنة
والأمراض المعدية الحادة

ويعتبر الكثيرون من العاملين في المجال الصحي أن :–

ا – إدمان الخمور .

ب – سوء استعمال المبيدات الحشرية .

جـ – تلوث الهواء .

هي مشاكل صحية قائمة فعلاً .

٥ – الحوادث :

تعتبر السبب الاول في الوفاة من سن ١ – ٣٦ سنة ، كما أنها تشمل بقية الاعمار .

٦ – عدم رعاية الأسنان :

٦٠ ٪ من سكان العالم ، لا يحظون بأي رعاية لأسنانهم .

٧ – الأمراض المزمنة :

إن الحوادث والنقرس والروماتزم والسرطان وأمراض القلب والشلل والصمم ومرض الصفراء والأمراض العقلية – هي من أهم الأسباب العامة للأمراض المزمنة – ومع أن خطورة هذه الأمراض قد عرفت من قديم ، إلا أن نسبتها قد ازدادت ، ولحسن الحظ أصبح الناس أكثر استعداداً للاستجابة للبرامج التي تهدف الى حل المشاكل الناتجة عنها .

ولكن الأمراض العقلية – رغما عن الوعي العام [illegible] زالت تمثل مشكلة عويصة . فمثلا إن نصف عدد الأسِرّة في مستشفيات الولايات المتحدة – مخصصة لمرضى العقل – ولكن ما زال الكثير من السكان ، ممن لم يدخلوا المستشفيات – في حاجة الى رعاية وعلاج .

كما أن التخلف العقلي ، يسبب هو الآخر مشكلة كبيرة في الوقت الحاضر.

وفي الحقيقة إن الأمراض العقلية ، والتخلف العقلي ، هما مشكلتان متلازمتان ، ولم يحظيا حتى الآن بالعناية الكاملة ، منذ الأيام الأولى للتاريخ الحديث.

وهذان المرضان ، هما من أهم مشاكل العالم الصحية ، وهما كثيرا الحدوث، ويؤثران على عدد كبير من الأشخاص، وهما بطبيعتهما يحتاجان إلى علاج طويل.

إنهما يسببان آلاما هائلة للعائلات المصابة ، كما أنهما يُضيعان معظم الموارد

البشرية ، هذا فضلا عن استنزافها المالي لكل من الميزانيات العامة للدول وللموارد المالية للعائلات .

كل هذه الحقائق السابقة ، تسبب مشاكل صحية ، تحتاج الى مزيد من الاهتمام لإزالتها.

ولا يمكن لأي مجموعة واحدة من الأفراد ، أن تكون مسؤولة عن حل كل هذه المشاكل الصحية – ولكن تعاون كل العاملين في المجال الصحي ، سواء بطريق مباشر أو غير مباشر ، بالاضافة إلى معاونة الأفراد ، كل ذلك يؤدي الى حلها والتغلب عليها .

وتشارك الممرضات في مسؤولية حل هذه المشاكل، إذ أن عليهن التزامات للمجتمع غير مقيدة بالأداء الروتيني للعمل. كما أن مساعدتهن ثمينة ، من خلال تعليمهن للمواطنين وإثارة اهتمامهم بالبرامج التي تساعد على حل المشاكل الصحية وبخاصة المحلية منها .

الباب الثاني

قواعد وتوجيهات لمزاولة التمريض

الفصل الثالث

القواعد واستعمالها في مزاولة التمريض

يسترشد الاخصائي في أي مهنة – إلى حد كبير – بمجموعة من الحقائق العلمية ، التي تساعده على توقُّع الصعوبات التي قد تصادفه ، وتحديد طرق حلّها والخطوات اللازمة لذلك ثم تنفيذها عند الحاجة . وتختلف درجة اعتماد أي مهنة – على الحقائق العلمية البحتة – عن غيرها من المهن الأخرى حسب طبيعتها ، فكل مهنة تستعمل بعض القواعد العلمية مختلطة مع بعض المعارف الأخرى . فيعتمد البعض على قليل من القواعد ، بينما يستعمل البعض الآخر قواعد من عدة علوم .

وتبعاً لذلك يعتمد التمريض على (قواعد) من :

علم النفس ، وعلم الاجتماع ، وبعض العلوم الانسانية الأخرى . علاوة على العلوم الحيوية والطبيعية والكيميائية والطبية .

إن أي قاعدة من أي ناحية علمية لا تكفي وحدها للتمريض ، ولكن مجموعة القواعد التي تستعملها الممرضات ، هي العامل الأساسي الذي يساعد على جعل التمريض متميزاً كميدان وحيد له مجموعة من النشاطات والمسئوليات وطُرُق الممارسة ، التي تختلف عن مثيلاتها في المجالات الصحية الأخرى .

تعريف القاعدة :

القاعدة هي أيّ حقيقة مُقرَّرة ، أو مجموعة من الحقائق المتداخلة مع بعضها وتُكوّن قانوناً ، وتُقبَل كنظرية مُقرّرة أو عقيدة مقبولة من المجتمع .

وتَعمَل القاعدة كدليل للعمل ، دون التّعرُّض لتفاصيله ، وذلك لأنها تُوضّح الهدف المطلوب الوصول اليه ، وهي بذلك تساعد على تحديد الأعمال اللازمة للوصول الى الهدف المنشود .

وتُوضّح الأمثلة التالية هذا التعريف، ودور القواعد كأدلّة أو مُرشدات للعمل .

١ – تقضي إحدى الحقائق المُقرَّرة في علم البكتيريا بما يأتي :

« يُمكن للميكروبات الموجودة في الأنف والحنجرة ، أن تنتقل إلى أشخاص آخرين ، عن طريق الرّذاذ المُتناثِر أثناء الكحّ أو العطس أو الكلام ، أو بالاتصال المباشِر » .

وقد أدت معرفتنا لهذه الحقيقة ، الى الحرص على تغطية الأنف والفم عند الكح او العطس ، والى الامتناع عن التنفُّس المباشر في مواجهة الأشخاص الآخرين .

٢ – عند اكتشاف وجود ميكروب أحد الأمراض المُعدية ، كما في حالة إصابة شخص ما بالسل الرئوي المصحوب ببصاق إيجابي :

تُتبّع على الفور إجراءات وقائية مُشدَّدة ، وقد يُطلَب في هذه الحالة الى العاملين الصحيين والزُّوار أن يرتدوا أقنعة واقية، لمنع انتشار الميكروب بالرّذاذ .

٣ - قاعدة ارشميدس :

هي إحدى قواعد علم الطبيعة (الفيزياء) ، وهي تنُص على أن :

« أي جسم مغمور أو طافٍ على سطح سائل ، يُدفَع إلى أعلى بقوة تساوي وزن السائل المُزاغ » .

وتظهر هذه القاعدة في حالة طَفْو القارب على سطح الماء ، كما أنها تُؤثر عندما يوَضع المرضى بالشلل او النقرس في حوض مائي ، حيث تَسهُل معالجة أطرافهم لأن الماء يدفعها الى أعلى .

فالنظرية إذاً هي فرض علمي .

وفي مجال الصحة ما زالت توجد ظواهِر عديدة لم يمكن تعليلها بعد ـ ومع أنه أمكن تحديد أعراض بعض الأمراض ودراستها ومعرفتها الى حدٍ ما ، كما أمكن علاوة على ذلك الوصول الى نتائج تجريبية ، تُكوّن الى حد ما نظريات تُنير السبيل أمام العاملين في مجال الصحة .

فمثلاً – قُدرة المضادات الحيوية على التغلب على كثير من الامراض وبخاصة المعدية منها – لم تَعُد موضع تساؤل . ولكن الدراسات المخبرية وتاريخ الحالات المرضية ، قد أثارتا التساؤل عن فعاليتها إذا أُعيد استعمالها لنفس المريض . وقد أصبح واضحاً الآن أنه لا يمكن التغلُّب على كل الأمراض المعدية بواسطة هذه المضادات الحوية .

كما اتضح حديثاً ، ان بعض فصائل البكتيريا قد أصبحت قادرة على مُقاومة هذه المضادات الحيوية ، ولكن إتّباع الوسائل الجيدة للتعقيم الطبي ، مثل غسل الأيدي الدقيق ، والدّقة في استعمال « اللنت » ، وأدوات الحمّام ودورات المياه ، ويمكنها أن تُقلل من فُرص العدوى .

ولذلك فإلى أن تُعرف الطبيعة الكاملة للهجوم البكتيري ، وكيفية السيطرة عليه ، فعلى العاملين في ميادين الصحة أن يقبلوا التمسُّك التام

باتّباع وسائل النظافة والراحة والتغذية على أنها إحدى وسائل منع الأمراض وانتشار العدوى بها الناتجة عما تُكوّنه من إفرازات .

القاعدة الاخلاقية :

ترتبط القاعدة الاخلاقية ارتباطاً وثيقاً بالسلوك الجيّد الصحيح ، ويصل الناس كأعضاء في المجتمع الى مُستويات أخلاقية ناتجة من عوامل عديدة مثل :

أ – العائلة .

ب – الدّين .

جـ – العوامل الاجتماعية .

د – العوامل الثقافية .

وتُصبح هذه المستويات الاخلاقية العامة التي يَتعارف عليها المجتمع حقائق أو قواعد تُؤثر في معتقداتنا وسلوكنا .

ويمكننا أن نعرف ما هو طبيعي من الناحية الطبيعية والفسيولوجية ، وبذلك نتنبأ بما يمكن أن يحدث لأي شخص من هذه النواحي – هذا بينما لا يمكننا التنبؤ بما يفعله أي شخص أو كيفية تصرفه إلا إذا عرفنا دُستوره الأخلاقي (قواعده الاخلاقية) .

وكمثال للقاعدة الأخلاقية المقبولة في المجتمع :

« يتحتم بذل كل الجهود لإنقاذ حياة أي شخص » .

فأي إنسان يوجد عند حدوث أي حادث ، عليه أن يبذل كل مساعدة ممكنة حتى تصل جماعة الإسعاف – كما أن الأطباء والممرضات عليهم أن يستمروا في رعاية المريض الذي يوشك على الوفاة حتى آخر لحظة من حياته ، هذا مع تأكدهم من أن وفاته وشيكة الحدوث من عدة أيام .

كما أنه عند وضع الخطة الدفاعية، لأي هجوم ذري محتمل علينا أن نقدّر حدوث كارثة ، وعلى السلطات الطبيــة أن تفصل بين المصابين الميئوس من حالتهم وبين الذين يمكن إنقاذ حياتهم ، وعليها أن تعطي الأفضلية للمرجو شفاءهم. ونظراً لأن هذا المنطق مفهوم من الجهة الإنسانية، فيجب ألا يُحدث أي صدام عقلي أو عاطفي – ولو أنه يبدو للوهلة الأولى المتعجلة أنه تصرف غير إنساني .

وكذلك يجب أن يوضَع المستويات الخُلُقية كما تراهــا الجماعات الدينية والثقافية العديدة موضع الاعتبار ، وتقديرها أيضاً في عملية التمريض .

ان القدرة على تحديد القواعد، هي مهارة لا يمكن الوصول اليها بسهولة، ويجب ألا يَفِتّ ذلك في عضدنا ، أو يوهن من عزيمتنا – بل علينا أن نقرر أسلم الطرق دون إحداث تضارب بين القواعد والأسباب – **فالأسباب قــد تتغير ولكن القواعد ثابتة لا تتغير .**

فمثلاً قد ينام شخص في درس الساعة العاشرة صباحاً ، وقد يعلّل ذلك ببقائه ساكناً مدة طويلة ، أو أن الدرس كان ممــلا – بينما يكون السبب الحقيقي هــو استيقاظه متأخراً وعدم تناوله إفطاره – **وبذلك تكون قلة الراحة ، وقلة النشاط الناتج من عدم التغذية ، هي الحقائق أو القواعد التي أدت الى النوم .**

القواعد وعلاقتها بالخطط والاجراءات :

سنجد في الأبواب التالية في هذا الكتاب ، أن بعض الأعمال التمريضية موضوعة تحت عناوين تبدأ بـ « القواعد التي تحكم العمل ... الخ » . وسنجد أمثلة عديدة مصحوبــة بالتصرُّف المقترح دون ذكر تفاصيل طرق العمل . إذ أن هذه التفاصيل لا تكوّن قواعد ، إذ تضع بعض المستشفيات وغيرها

من المؤسسات الصحية قواعدها الخاصة ، وكذلك التفاصيل الدقيقة لأداء الأعمال المختلفة .

أوضحنا ذلك لأن الأحوال أو الأسباب، قد تدعو مؤسسة ما الى التشدد الى أقصى حد في أداء نوع معيّن من العمل الى درجة قد تغطي على القواعد نفسها . ويمكن ملاحظة ذلك في العبارة التي نسمعها كثيراً :

« ليست هذه هي الطريقة المتبعة هنا » .

والحقيقة أن طرق تأدية أي عمل قد تختلف ، ولكنها لا بد أن تؤدي جميعاً الى نفس النتائج ، فمثلاً طريقة خبز الخبز تجارياً الآن، لا تحمل أي شبه بطريقة خبزه في المنازل منذ أعوام طويلة – ولكن بقيت قواعد صنع الخبز ثابتة .

فمثلاً في « القواعد التي توضّح أسس العمل في استعمال المكمدات الساخنة لجزء من الجسم » نجد أن أوليات العلاج بهذه الطريقة ليكون العلاج مؤثراً ومأموناً هي :

ا – قواعد اختيار القماش المستعمل .

ب – استعمال الزيوت على الجلد .

ج – استعمال الأغطية غير المنفذة للماء على قطعة القماش المبلّلة .

وتلجأ معظم المؤسسات الصحية الى وضع تفاصيل العمل مثل :

١ – الأماكن التي يُحصَل منها على قطع القماش اللازمة .

٢ – وسائل حفظ درجة حرارة الماء .

٣ – نوع المادة الغير منفذة للماء التي تُستعمل .

٤ – كيفية عصر المكمدات ... الخ .

وتُلزَم الممرضة التي تعمل بهذه المؤسسة باتباع هذه التعليمات بصرف النظر عن فهمها لأسباب وضعها – والمهم هو معرفة ما يجب عمله وكيف تحصل على ما يلزم هذا العمل .

وقد يترك للممرضات حرية التصرف عند تنفيذ التعليمات ، بشرط أن تكون هذه الحرية في سبيل العناية بالمريض وفائدته وراحته ، وألا تتناقض مع القواعد .

تُفضّل المؤسسات الصحية ، أن تكون لديها تعليمات مكتوبة لتوحيد العمل بقدر الإمكان ، مع مراعاة تقليل النفقات الى أقصى حد ممكن .

فعند البحث عن القواعد ، يمكن فصل تفصيلات الأداء عنها ، فمثلاً اذا أُريد إجراء عملية المكمدات الساخنة في المنزل ، فالممرضة تشرح القواعد للمريض أو مرافقيه ، ثم تبحث عن طريقة مناسبة للأداء طبقاً لما يمكن توفره في المنزل ، فقد تستعمل منشفة حمّام ووعاء لتسخين الماء ، وقد يكون الورق الشمص هو المادة الغير منفذة للماء التي تستعمل ... الخ .

فالوسائل إذاً يمكن أن تختلف باختلاف الأماكن والظروف ، ولكن تظل القاعدة ثابتة .

تصر بعض المؤسسات الصحية، على أن يؤدي موظفوها المكلفون بالعمل، عملهم بطريقة نموذجية تقررها ، ولا تسمح لأي فرد كان بإجراء أي تغييرات من عنده – وتكون الطالبات في هذه الحالة – ملزمات باتباع هذه الأوامر التي يمكن أن تسمى « سياسة المؤسسة » .

وتكون السياسة – في معظم الأحيان – مقياساً يكفل السلامة للمريض، ولحالته المرضية ، وللمؤسسة نفسها أيضاً . وتكتَب عادة هذه السياسات ، وتحفظ في ملفات خاصة ليمكن الرجوع اليها عند الضرورة .

وقد يلتزم الإنسان بسياسة ، حتى تُصبِح عنده بمثابة القانون فمثلاً :

توجد في المستشفى (أ) سياسة تقضي بإعطاء المرضى ذوي الأسنان الصناعية كؤوساً لوضع أسنانهم فيها عند النوم، وأن يُعلّموا كيفية استعمالها، وأن المستشفى ليست مسئولة عن الخسائر التي تنجم عن عدم اتباع المريض لهذه السياسة – فعلى الممرضة في هذه الحالة أن تتأكد من إبلاغ هذه السياسة

للمرضى ، كما يجب عليها أن تعلّم أن إهمالها في هذه الناحية قد يؤدي الى أن تدفع هي ثمن الأسنان الصناعية اذا تَلِفَت أو ضاعت .

والممرضة التي مارست هذه السياسة مدة طويلة ، قد تجد أن انتقالها الى المستشفى (ب) غير مريح لها ، إذ لا توجد به مثل هذه السياسة ، وقد تجد نفسها مدفوعة – بحكم تعودها السابق– أن تتولى بنفسها حراسة هذه الأسنان حتى مع عدم إلزامها بذلك .

ولنذكر مثالاً يوضّح كلاً من الطريقة والسياسة : ممرضة لديها مريضتان تحتاجان الى الاستحمام في الفراش، إحداهما غير مصرّح لها بأن تغتسل بنفسها لاحتمال حدوث هبوط في قلبها – مع أنها تتحرك بسهولة ولا تعطى أي علاج في ذلك الوقت . والمريضة الأخرى أكبر سناً ، ولديها تعليمات مشددة بعدم الحركة ، وتعطى أنواع عديدة من العلاج .

تجد الممرضة نفسها ملزَمة باتباع طريقتين مختلفتين لاستحمامهما ، مع محافظتها على السياسة الموحّدة – ففي حالة المريضة التي يخشى عليها من حدوث هبوط في القلب – تعطيها الممرضة الحمّام بنفسها وتعدُّ لها فراشها بأقل تحركات ممكنة . أما بالنسبة للمريضة الثانية العجوز ، فتراعي الممرضة الوسائل التي لا تؤدي الى اتساخ الفراش، مثل استعمال القسطرة وتغيير الملابس، أكثر من مراعاتها لإعداد الفراش .

توجد في هذا المستشفى أيضاً ، سياسة تقضي بأن جميع المرضى الذين يزيد عمرهم عن ٦٥ عاماً ، يجب أن يُعطوا دائماً أسرة ذات حواجز جانبية Bed Siderails ، وذلك لأن المرضى المسنين يعجزون عن تحريك أنفسهم وحفظ توازنهم ، ولكن في هذا المستشفى أيضاً توجد مريضة أقل من ٦٥ عاماً – ولكنها تحتاج الى إبقائها جالسة طوال الوقت ، كما أنها تعطى أدوية مسكنة – هذه الأسباب قد تدعو الممرضة الى إعطاء هذه المريضة سريراً ذو حواجز جانبية أيضاً .

ما الذي يدعو الممرضة الى إعطاء هذه المريضة سريراً ذو حواجز جانبية مع أنها لم تبلغ الـ ٦٥ عاماً بعد ..؟

يمكن القول أنه مجرّد تقدير عام – ولكن الحقيقة أنه توجد قواعد تختفي خلف هذا التصرف ، ويجب على الممرضة مراعاتها وهي :

(أولاً) : لا يمكن لهـذه المريضة أن تحافظ على وضع معيّن يحتاج الى اليقظة الدائمة ، بينما هي تأخذ مسكنات .

(ثانياً) : قد يتحرك الجسم حركة واسعة ، قد تؤدي الى سقوط المريض من فراشه ، اذا كان قريباً من حافته ولا يوجد مـا يحمي هذه الحافة .

(ثالثاً) : إن السقوط من السرير على سطح جامد كالأرض ، قد يسبب أذى بليغاً للمريضة .

وقطعـاً لا يمكن لأي تعليمات أو سياسات مكتوبة أن تُغني عن الإحاطة الكاملة بالقواعد – وتساعد المعرفة الشخصية والتجارب للممرضة . على تطوير وتحسين الإجراءات المتبعة حتى تتلاءم مـع التقدم التكنولوجي السريـع .

الفصل الرابع

القواعد الثلاثة التي ترتكز عليها ممارسة التمريض

إن الاهتمام الشخصي للممرضة المرتكز على تنفيذ القواعد التمريضية ، يمكن أن يكون له أثر كبير في رعايتها للمريض .

وتوجد ثلاث قواعد عريضة يمكن أن تُرشد الممرضة عند أدائها الرعاية الفردية لأي مريض – وكل منها مزيج من القواعد المتداخلة . هذا مع العلم بأنه لا يوجد موقف تمريضي لا يمكن فيه الاسترشاد بقاعدة أو أكثر منها – وكلما ازدادت معلومات الممرضة ازداد التنسيق بين هذه القواعد الثلاث .

ويمكن اعتبار هذه القواعد الثلاث العريضة ، مُنطلَق لتمريض المرضى، وهي تهتم بما يأتي :

١ – المحافظة على فردية الشخص الذي يُعتنى به .

٢ – المحافظة على تأديته لوظائفه الفسيولوجية .
Physiologic Functioning .

٣ – حماية الفرد من المسبِّبات الخارجية للمرض والأذى . وعلى اللواتي يمارسن فن التمريض أن يكنَّ على علم مُسبق بالمعنى الكامل لهذه الأسس التي تقود عملية فن التمريض بطريقة سليمة ، إذ أن القيام بهذا الفن دون النظر الى هذه الأسس ، هو تجاهل صارخ لأولوية هذه الأسس الهامة في حياة المريض .

فمن المهم جداً لطالبة التمريض أن تعرفها ، وأن تفهم صلة كل منها بالأخرى من جهة ، وصلتها بعملية التمريض من جهة أخرى . فبالمقارنة بعلم الحساب ، فإن عمليتي الضرب والقسمة يمكن تعلمهما بسهولة وبفعالية أكثر ، اذا كان التلميذ قد اتقن عمليتي الجمع والطرح ، فعند إجراء عملية ضرب مثلاً ، لا يتوقف التلميذ ويقول لنفسه « أنا الآن أجمع » أو « أنا الآن أطرح » ، ولكنه بغير معرفته لهاتين العمليتين لن يكون قادراً على إجراء عملية الضرب .

وبالمثل فإن طالبة التمريض ، يمكنها أن تمارس مجموعة من النشاطات التمريضية ممارسة جيدة ، اذا اعتمدت على القواعد التي تقود هذه النشاطات بطريقة مباشرة أو غير مباشرة .

كل قاعدة من القواعد التي سنذكرها ، هي عبارة عن مجموعة حقائق من عدة علوم . والفهم الجيد لفحوى كل منها يحتاج الى وقت . ولا يمكن توضيح كل منها توضيحاً كاملاً الآن ، ولكننا من ذكرها الآن يتضح معناها الكلي خلال مزيد من الفهم لنواحٍ أخرى من تعلم وممارسة رعاية المرضى .

إن كل عمل في الرعاية التمريضية ، هو بمثابة خوض معركة ، ولذلك فإنه مما يساعد الممرضة ، أن تلاحظ درجة فعالية كل من هذه القواعد الثلاثة — وبهذه الطريقة يمكنها أن تلاحظ بسرعة « أن كل قاعدة منها ليست لها نفس الأهمية في كل حالة » ، وأن كل منها يوجه العمل التمريضي طبقاً للاحتياجات المحددة للموقف .

ولزيادة الإيضاح — فلنأخذ حالة ممرضة تتقن كيفية المحافظة على نظافة المريض ، وتجنبه الإصابة بقرحات الفراش والعدوى ، كما تتقن عمليات إعطاء الحُقَن ، ولكنها في الحقيقة لا تؤدي رعاية تمريضية كاملة للمريض ، ما لم تعن بالاحتياجات العاطفية والروحية والثقافية لمريضها — ومن ناحية أخرى ، اذا عنيت الممرضة بصفة مبدئية بالإعتبارات العاطفية للمريض ، وحفظته من

العوامل المؤذية من هذه الناحية ، ولم تعن العناية الكافية بالناحية البدنية له ، فقد يتأخر شفاؤه لتأثر وظائفه البدنية مثل فقدان توازنه العضلي أو الضعف الناتج من سوء التغذية ... الخ .

ولذلك تكون القاعدة التي اتبعتها غير كاملة وغير جيدة . مثال آخر : الممرضة التي تحاول أن تراعي بكفاءة احتياجات المريض النفسية والبدنية ، ولكنها تُهمِل حمايته فيسقط من فراشه ، أو يصاب بعدوى أو حروق – فلا شك في أن رعايتها التمريضية تكون ناقصة نقصاً معيباً .

إذاً يجب مراعاة القواعد الثلاثة عند رعاية كل مريض، مع اختلاف درجة الاعتماد على كل منها أثناء تمريضه بناءً على معرفة احتياجات المريض نفسه – ومع ذلك فقد تحدث بعض الاختلافات من يوم الى آخر بل من لحظة الى أخرى .

وهذه القواعد الثلاث تكوّن في مجموعها أساساً جيداً لممارسة وإتقان عملية التمريض – فهي واسعة ودقيقة ، وقد وُضِعَت لإيجاد مستوى تمريضياً عريضاً ، ذو كفاءة عالية في الأداء ، اذا كان هذا الأداء يعتمد اعتماداً كاملاً على المعرفة الجيدة والقدرة على التمييز .

١ – المحافظة على فردية الانسان .

> كل شخص هو عضو مفرَد في المجتمع ، له حقوق وامتيازات وحصانات يجب احترامها ، دون نظرٍ الى الجنس أو اللون أو المركز الاجتماعي أو الاقتصادي ، وله مخاوفه ورغباته الشخصية التي يبالغ فيها عادة عندما تُهدَّد سلامته .

هذه القاعدة تؤخذ كحقيقة مسلّم بها في مِهَن كثيرة غير التمريض ،

وهذه القاعدة تقرّر أن المريض هـو عضو فردي ، وأن مواساته ورعايته يعتمدان – الى حد كبير – على فهم الطباع والسلوك البشري – كما أنها تعني أنـه على الممرضة أن تفهم نفسها أولاً اذا أرادت أن تكوّن صلات إنسانية ممتازة مع الآخرين .

ويمكن التعبير عن هذه القاعدة بالعبارة الآتية :

« التمريض هو الرعاية الانسانية » .

فمثلاً يوضع الأطفال المعوقين والأفراد المسنين – في بعض الأحيان – في مؤسسات توفر لهم الرعاية الجيدة كما توفر لهم الغذاء والملبس والنظافة والحماية الجيدة على الأقل .

ولكن الرعاية الانسانية تعني أكثر من ذلك بكثير ، فهي تشمل الرعاية الجادة الشاملة للمريض وبالمريض من جميع النواحي – إذ لا يمكن أن يكون التمريض تمريضاً بمعناه الحقيقي إلا اذا وفّر الرعاية الكاملة له .

وقد يتساءل بعض قليلي الخبرة في التمريض أو رعاية المريض :

لماذا نظل نُلزَم برعاية هذا المريض ..؟

إذ من الشائع أن تكون رعـايـة المرضى آلية دون النظر الى معاملتهم معاملة انسانية كلٌ وفق حالته خلال مرضهم ، إذ يقـدّم العلاج والتمريض فقط للعضو المصـاب في سرير رقم كذا ، متجاهلين شخصية الفرد صاحب العضو المصاب ومتطلباته ، ناسين أنه عندما يمرض أي انسان فإنه يكون في حاجة الى رعاية الفريق الصحي بأكمله، سواء كان ذلك في مستشفى أو منزل أو عيادة مكتب طبيب. وهو لا يتحوّل فجأة الى «حالة مريض بالسكري» أو « حالة محققة الوفاة » فقط ، بل إنه يظل هو نفس الإنسان العادي الذي كان قبل مرضه بتصرفاته الخاصة وعاداته . إلا أنه علاوة على ذلك يصبح في حاجة الى الرعاية لإصابته بالمرض ، ولا يصح أن يعتني بالعضو المصاب من جسمه فقط ، بل يجب أن يعتنى بشخصه كله كإنسان .

إن أحد الجوانب الأساسية في عملية التمريض ، هو الفهم الجيد والقدرة على استخدام طرق إيجاد العلاقات الشخصية . إذ أن القدرة على إيجاد علاقات سارّة مع الناس ـ كما سبق أن بيّنا ـ هي أساس هام، ويكون عمل المرضة قليل التأثير بدونه .

إن العلاقات الشخصية بين المرضة والمريض ، يجب أن تتم بتخطيط واقتناع مشتركين . ولا شك أنه مما يدمّر المرضة ادعاءها أنها ذات سلطة ، ووضعها المريض في موضع المستقبل لرعاية لا يفهمها أو لا يريدها ، وليست لديه الفرصة لشرح احتياجاته الخاصة ، أو أن يلقي أسئلة .

إن الشخص الذي يشعر بحاجته الى العلاج ، ويبادر الى البحث عن المساعدة ، قد عرف فعلاً أنه في حاجة الى مساعدة الآخرين ، حتى يتخلص من الشعور بالخوف الذي يلازمه .

إن هذا البحث عن المساعدة يفترض مبدئياً عملاً مشتركاً، ويجب ألا تفقد المشاركة عند ابتداء المساعدة . فالفرد لا يتنازل عن كل حقوقه الشخصية في الموافقة، ولا يمنح من يرعونه صلاحية كاملة في التصرّف فيه . ويمكن إدراك الهدف بسهولة أكثر ، وجعل التجربة محبّبة ومشاركة سارّة ، اذا اعتبرنا أن المريض هو أحد أعضاء الفريق الصحي ـ الى حد ما ـ ويعتمد ذلك على الحقيقة المقرّرة وهي :

«ان مقدار الجهد الذي يبذله الفرد من جانبه، ذو علاقة مباشرة بالنتيجة».

وعندما يكون الوضع معقداً، ويحتاج الى عدد كبير من العاملين الصحيين ـ كما يحدث في عيادة خارجية أو دار تمريض أو مستشفى عاماً ـ فإنه يصعب إيجاد علاقات شخصية يعاون بها المريض في خطة رعايته. ويمكن عادة إيجاد هذه العلاقة الشخصية في الحالات الأكثر فردية ، مثل تمريض الصحة العامة ، أو البرامج الصحية الصناعية الصغيرة ، أو عيادات الأطباء . ويعود هذا مبدئياً الى حقيقة أن :

« كثرة عدد المرضى والعاملين بالمستشفى ، وكثرة عـدد الأعمال المطلوب تأديتها في المستشفيات ، تحتاج الى تنسيق محكم ونظم دقيقة » .

وهذا صحيح ، فبدون التنسيق والتنظيم والتخطيط ، يصبح المرضى في وضع سيىء ، وتكون النتائج سيئة أيضاً ، كما أن كثرة النظم بدون التنسيق في العمل، ووجود عدد كبير من العاملين في رعاية المريض قد تؤدي بسهولة الى ضياع المريض – لأن الاجراءات التي تعمل له ومن أجله، قد تكون أسهل اداءً إذا عملت بمشاركته .

إن معرفة تأثير صدمة المرض على أي فرد هامة جـداً للممرضة لسبب أو لآخر . ففي السنوات الأخيرة ، أوجد عـدد من العاملين الإضافيين – الذين يعتبرون كمساعدين في الرعاية التمريضية – وهم يمارسون عادة هذا العمل بعد إعداد وتوجيه سريعين.ويتعلم هؤلاء العاملين المساعدين – في أغلب الأحيان– كيف يؤدون أشكالاً معينة من الرعـاية ، تعتقد السلطات الطبية والتمريضية أنهم قادرون على القيام بها بسلامة . ونادراً مـا تبذل عناية مـا في تعليمهم الجوانب النفسية والاجتماعية لرعاية المريض .

وعلى ذلك فعلى الممرضة كقائدة لهذه المجموعة المساعدة من العاملين ، أن تعرف تماماً مسؤوليتها في أن تعلمهم بالكلمة وبالفعل أن المرض يوجـد عادة القلق والمخاوف للمريض ، وأن عليهم أن يأخذوا ذلك في الاعتبار الأول .

وإن أي شخص يتلقى خدمات تمريضية ، هـو شخص متعلق برفاهيته وصحته ، ويحتاج الى رعاية نموذجية ، وإن أهمية الاحتياجات الشخصية لأي مريض مساوية تماماً في الأهمية لحاجته البدنية.ومع أن الاحتياجات الشخصية قد لا تكون واضحة تماماً للآخرين ، فإنه لا يمكن الإدعاء بعدم وجودها .

يصنف المريض غالباً – على أساس نظرة سلوكية سطحية، دون محاولة لفهمه فهماً أعمق . فمثلاً :–

شاب عمره ١٦ سنة، وصفت حالته بأنه: «شاب جيد، ليس لديه عبث الشباب، يؤدي كل مايطلب منه دون أن يسبب أي إزعاج».

وبالحديث معه، اتضح أنه أحد أبناء رجال السلك السياسي وظهر أن تصرفاته ناتجة عن أسلوب تربيته واقتناعه الشخصي، وليست ناتجة عن رغبته في عدم ازعاج الممرضات، وقد تحدث عن الألعاب التي كان يمارسها في مدرسته وعلى الأخص لعبة الجودو التي لا تعتمد فلسفتها على مجرد أهمية الفوز أو الفشل، بل على أهمية الطاعة، وتركز عنايتها على الآداب الشخصية والكرامة وضبط النفس، كما تركز عنايتها تماماً باللياقة البدنية، وبذلك ظهرت الدوافع الحقيقية لسلوكه، وفهم سلوكه المبني على الأسس الفلسفية للتربية والحياة التي تلقاها.

وكانت النتيجة أن اختلفت نظرة الممرضات اليه، وأصبحن ينظرن اليه من جانب مختلف وممتع معاً. وأصبح الجودو موضوعاً رئيسيا للاهتمام من فريق الممرضات.

ويتضح من ذلك أنه عندما أتيحت الفرصة، شارك المريض في إعطاء فهم أحسن لنوع آخر من التربية كان يجهله فريق الممرضات، وباختصار فإنهن اكتسبن فهماً أعمق لحالة المريض كفرد.

على الممرضة التي تشرف على العاملين المساعدين — أثناء توجيههم الى أداء أعمال رعاية المريض — أن تؤكد على ضرورة ازدياد معرفتهم بالمريض كفرد.

إن الاجتماعات الخاصة بالتخطيط والمؤتمرات، وبعض النشاطات الأخرى المتصلة بها، هي وسائل تساعد بها الممرضة — مساعديها في رعاية المريض —

على أن يروا ويشعروا أن أعمالهم هي خدمات للآخرين ، ويجب عليها تحذير مساعديها من إيجاد جو يشعر مرضاهم ، بأنهم مرهقون بالعمل ، أو مشغولون جداً ولا يتحملون مضايقتهم بأي سؤال أو أي نوع آخر من الإزعاج . ويجب عليهم أن يتجنبوا تماماً إظهار ذلك للمرضى سواء بالقول أو بالعمل .

إن توصيات الطبيب هي نواة رعاية المريض ، ولكن طريقة أداءهـا هي التي تمكن التمريض من أن يهب واحدة من أعظم هباته .

ويجب دائماً إظهار الاحترام للمريض، وتوضيح العلاج له، ومنحـه الفرصة للسؤال . إذ أن أنواع العلاج التي لا تحتاج الى إفهام المرضة للمريض ومناقشته – هي قليلة جـــداً بـل تكاد تكون معدومة – ولذلك يحسن شرح العلاج للمريض بقدر الإمكان وطبقاً لرغبات الطبيب ، وبذلك تتاح الفرصة للمريض للتغلب على القلق والتخلص من بعض مخاوفه أيضاً ، كما أنه يشعر بأنه يشارك بنفسه في خطة علاجه ، وأن الآخرين يعاملونه كشخص وليس « حالة » فقط .

وعلى الممرضة أن تتوقع أن بعض المرضى سيقاومون العلاج ، وأن الشرح أو التفسير لا تزيل بعض مخاوفهم . ولكنها بمعرفتها كيف تخفف من المقاومة وكيف تهدىء القلق،وإلى أي مدى وإلى أي وقت يمكن للانسان أن يسيطر على حياة الآخرين ، من خلال ذلك كله تصل الممرضة الى ميادين للمعرفه لا نهاية لتعلمها منها .

ليس للعلاقات الشخصية قاعدة أو مجموعة قواعد ، يمكن أن تعلم وتمارس حتى تتقن ، ولكن فهم الطالبة للآخرين ، هـو حصيلة تجـاربها المعتمدة على الدراسة الجـادة المستمرة . وهـذا الفهم لا يكتسب دون الاعتماد على أساس احترام فردية الإنسان .

إن شرح هذه القاعدة قد يحتاج الى مجلـّدات عديدة – فكل اتصـال

بالمريض ، وكل تجربة مع الأعضاء الآخرين من فريق العاملين الصحيين ، وكل معرفة جديدة في علمي النفس والاجتماع – يمكن أن تساعد على زيادة وتطوير العلاقات الشخصية . ولنتأمل معاً الأمثلة التـــالية للأعمال المؤسسة على هذه القاعدة .

إن انتقال الإنسان من محيطه العادي ، واضطراره لتلقي العلاج لمرض أو إصابة ، يُسبّب القلق والمخاوف لكثير من الأفراد ، ويُمكن للممرضة أن تُخَفّف من هذه الحالة النفسية بتقرّبها من المريض واحترام احساسه .

فعليها أن تهتم بإفهام المريض خطة رعايته قبل أن تبدأ فيهـــا ، وفي الحالات التي ترى أن المريض غير قادر فيها على فهم خطة رعايته ، أو عندما يتسبّب مرضُه في صعوبة فهمه ، فواجبها أن تَبذُل كل محاولة ممكنة لتوضيح وتفسير كل عمل تقوم به – سواء كان موصوفاً أو روتينياً – قبل مزاولته ، مهما بدا أن هذا العمل عادياً من وجهة نظرها ، لأنه يبدو للمريض غير عادي أو مُخيفاً .

كما عليها أن تُعنى بفهم احتياطات ومشاكل والاهتمامات العامة للمجموعات في مختلف الأعمار ، حتى يمكن لها مراعاتها عند ايجاد العلاقات الشخصية بهم .

وعليها أيضاً احترام ومحاولة فهم المعتقدات الدينية للمرضى ، إذ يُلاحظ أن للعوامل الروحية أهمية حيوية في الشفاء ، وتقبُّل المريض لمشاكله ، ويحسن مساعدة المريض على الاستمرار في صلواته وابتهالاته إذا أظهرَ رغبة فيها .

كما عليها أن تحترم الاختلافات في الرأي والمعتقدات – التي قد تكون لدى الآخرين – وأن تتجنّب المناقشات التي قد تُزعِج المرضى .

وأن تحترم وتُحاول فهم الانتماءات الثقافيّة والدينية المختلفـة – إذ أنهـا قد تتدخّل كعوامل مُؤثرة في العلاج ، وعليها أن تتناولها باحتراس وجديّة ، وأن تتجنّب مناقشتها مع المريض حتى يتم وضع خطة كاملة بالتعاون مـع الطبيب وعضو من العائلة أو رجل من رجال الدين .

وأن تتذكَّر دائماً أن المريض ليس فرداً منفصلاً ، بل هو جزء من عائلة وعضو في المجتمع ، وانَّ مرضه قد يُسبِّب قلقاً واضطراباً في حياة الآخرين ، وأن تستمع له ولأفراد عائلته - إذ أن تحدُّث المريض مع أي شخص هو عامِلٌ علاجي هام مُساوٍ في قيمته لأهمية فهم المرضة له .

وأن تُوجِد جواً يساعد المريض على الشعور بالراحة رغماً عن التغيُّرات التي حدثت في محيطه .

٢ - المحافظة على الوظائف الفسيولوجية للانسان :

> يحتاج جسم الإنسان الى المحافظة على نشاطات طبيعية مُعيَّنة ، حتى يمكنه أن يؤدي وظائفه الفسيولوجية بطريقة جيدة .

إن معرفة المرضة لاحتياجات الجسم المختلفة معرفة جيدة ، ووعيها للآثار التي قد تترتَّب على عدم تلبية هذه الاحتياجات ، هي عامل آخر هام من العوامل التي تزيدُ قدرَتها على منح المريض أفضل رعاية .

يعرف مُعظم الأفراد احتياجات الجسم الفسيولوجية - الى حد ما - وذلك من خلال دراساتهم وتجاربهم فيعرفون مثلاً :

أ - أن عدم النوم والرَّاحة يُسبِّبان الشعور بالإجهاد والتعب .
ب - أن التغذية السيِّئة تُؤَدي الى حدوث الاضطرابات المعوية كالإمساك والإسهال ، كما أنها تؤدي الى نقص الوزن .
حـ - أن العَرَق الغزير يُسبِّب العطش .
د - أن قِلَّة أو عدم وجود الكمية اللازمة من الاوكسيجين تسبب الإغماء ... الخ

ومن الواضح أنه يجب أن يكون لدى الممرضة فهماً ممتازاً لتفصيلات وظائف الجسم الفسيولوجية ، وما تتطلبه من احتياجات ، إذ أنها ضرورية لأنواع الرعاية التي تُقترح وتُخطط وتُنفذ بواسطتها ، كما أنها تساعدها في تعليم الصحة .

ومن المهم قبل أن نسترسل في الحديث عن هذه القاعدة ، أن نؤكد أنه لا يمكن عزلها عن القاعدة السابقة الخاصة بفردية الإنسان .

إن طريقة معيشتنا ، يمكنها أن تساعد أجسامنا على العمل بانتظام ، كما أن ممارساتنا التي تجري برقابة اختيارية تؤثر أيضاً في أجسامنا مثل :

عادات الطعام - النوم - طريقة اللبس - أنواع النشاط - التدخين - شرب الخمور - تعاطي الأدوية ... الخ .

تُظهر هذه الأمثلة ، أنه كلما ازدادت المعرفة بعادات الشخص الفردية ، كلما سُهلت مساعدة العمليات الفسيولوجية لجسمه على العمل بانتظام وسهولة.

إن جسم الإنسان هو تركيب ميكانيكي مُعقد جداً ، ويحتاج الى الدراسة المُستفيضة حتى لمعرفة أصغر أجزائه . وإنّ منهجاً واحداً في التشريح أو في علم وظائف الأعضاء ، لا يمكنه أن يساعد الممرضة في خبراتها بالحياة - بل هو بداية فقط - ومن الأساس وجود خلفية جيدة في علوم أخرى كالكيمياء والطبيعة ، وعلم الميكروبات - لفهم كيفية أداء الجسم لوظائفه الفسيولوجية .

وإن معرفة الحالة العادية للانسان، هي الأصل في فهم الحالات غير العادية والعلاج اللازم لها . كما أنها أساسية في المساعدة على احتفاظ الشخص بحالة صحيّة جيدة أو استعادتها لها . ومع انه يمكن اكتشاف العلامات والأعراض التي تنتج عن الحالات غير الطبيعية المختلفة ، إلا أنه يجب أن ننظر بعمق لمعرفة أسباب ظهورها ، ثم نحاول فهم علاقة هذه العلامات والأعراض في شخص مُعيّن بأداء وظائفه الفسيولوجية بصورة طبيعية .

عندما تقوم المرضة بتنفيذ تعليمات الطبيب ، فإن مسئولياتها تشمل فهم العلاج الموضوع ونتائجه المتوقّعة والصعوبات التي قد تعترضها ، كما أن عليها أن تكون قادرة على ملاحظة الظواهر التي تُعتبر غير طبيعية – سواء كانت ناتجة عن المرض الحالي وعلاجه أو غير ناتجة عنها – فمثلاً قد يدخُل مريض الى المستشفى ليُعالج من وَرَم في فمِه ، وتلاحظ الممرضة أثناء علاجه أنّ مُعدّلَ بولهُ منخفض عن المُعدّل الطبيعي ، ومع أن هذه الظاهرة قد تبدو غير ذات علاقة بالورم الموجود في فَم المريض ، ولكن الممرضة تَعرف مباشرة الأهمية الفسيولوجية لهذه الظاهرة ، وعليها أن تُقدّم تقريراً عنها للطبيب المعالج . نادراً ما يلحظ الطبيب مثل هذه الظاهرة ، وهو يعتمد في كشف مثل هذه الظواهر على الممرضات اللاتي يضعنها في الصورة العامة لحالة المريض .

يتّضِح من ذلك أن مُلاحظات الممرضات قد تكون سبباً مباشراً في إحداث تغييرات هامة في علاج المريض ، بل في إنقاذ حياته في بعض الأحيان .

وعادة تكون الممرضة هي الشخص الذي يمكنه مساعدة المريض على قبول خِطّة العلاج . إذ أن الطبيب يصف العلاج اللازم فقط – أمّا وضع خِطّة علاج مفيدة فهو شيء آخر – ويعود هذا الى حقيقة أن المريض قد لا يفهم العلاج الذي وضعه الطبيب أو ضرورته أو قيمته ، فيمتنع عنه حتى تُعاد استشارة الطبيب ، أو يُرغَم المريض على اتّباعه رغماً عن اعتراضاته . وفي مثل هذه الأحوال يجب أن تبذُل الممرضة كل محاولة مُمكنة لإيجاد الوسيلة لجعل العلاج مقبولاً من المريض .

ولننظر الى المثل التالي ، الذي اتّبعته مُمرّضة خبيرة بالتشريح وعلم وظائف الأعضاء ، وطُرُق العلاج وشعور المريض ، وهو :

مريضة متقدّمة في السن ، أدخِلت الى المستشفى لوجود آلام في الجهة اليسرى من صدرها – حضرت الممرّضة لإعطائها الجُرعة الثانية من الدّواء

الموصوف لها ـ فوجدت أن الممرضة السابقة كانت قد ذكرت للمريضة أن هذا الدواء هو للقلب ، فأصرّت المريضة على أنّ قلبها سليم ، ورفضت أخذ هذا الدواء – وذكرت أنّ مرضها ناتج من عملية سابقة في حوصلتها المرارية منذ خمسين عاماً ، وعلّلت شدة مرضها في ذلك الوقت بأن الأطباء لم يكونوا يعرفون الكثير » ، وبدا أنّها ما زالت تشعر منذ ذلك الوقت بأنها تُعاني من هذه الحالة – واستمعت الممرضة جيداً لهذا الحديث من المريضة مع إصرارها على أنّ جراحتها السابقة هي السبب فيما تُعانيه من مرض ، وكان لديها لحسن الحظ الخبرة بأن المريضة قد تُسرُّ إذا أُعطيت الدواء الذي تعتقد أنّه ضروري لعلاجها من مرضها الحقيقي – فأخبرتها أن لهذا الدواء أكثر من تأثير واحد ، وأنّه يُحسِّن الدورة الدموية ، وأنه سيُحدث تغيُّرات في دورتها الدموية تُزيل آثار جراحتها السّابقة ، وأنه سيساعد على تحسُّن صحتها تحسناً كبيراً ، – فتقبلت المريضة هذا الدواء بعد هذا التوضيح .

لقد كانت الطريقة السهلة لمواجهة هذا الموقف ، هو أن تسلم الممرضة برفض المريضة للدواء ، وتقدم تقريراً بذلك للطبيب ، ولكن علمها بحاجة المريضة الى ذلك الدواء ، دفعتها الى إيجاد هذا التبرير لإرضاء المريضة واقناعها ، وبذلك أعطتها تفسيراً أوسع لتأثير الدواء ، ولم تذكر مع ذلك شيئاً غير حقيقي .

في مجال دور المنسق ، نجد أن الممرضة قادرة أيضاً على المساعدة في إعداد الخطط للأعضاء الآخرين من الفريق الصحي المشتركين في العلاج ، فمثلا :

التغذية ، والعلاج الطبيعي ، والعلاج بالأشعة ، والعلاج المائي ، والعلاج بالكلام – قد تكون نواحي أخرى في الخطة العامة لرعاية المريض – ومن هنا يكون للممرضة – بفضل معرفتها الجيدة للصلة الكاملة للوظائف

الفسيولوجية للجسم – أن تكون سبباً في إيجاد الانسجام بين المريض وعلاجه .

ويتضح هذا أيضاً عندما - تضع خطة الرعاية التمريضية في اعتبارها – الخطط بعيدة المدى لرعاية المريض بعد مغادرته للمستشفى – فقد توضع هذه الخطط نتيجة لمعرفة أن المريض قد يعاني من بعض القصور البدني لفترة من الوقت ، ويحتاج فيها الى بعض أنواع العلاج التي تستمر في المنزل – فيقنع أولاً المريض وعائلته بضرورة الاستمرار في هذه الاجراءات العلاجية في المنزل – وتشرح للأشخاص الذين سيقومون بها. وبذلك يسهل نقل المريض من المستشفى الى المنزل ، مع استمرار علاجه . وقد يحتاج الأمر – في كثير من الأحوال – الى وضع خطة لزيارات تمريضية بالمنزل أيضاً . ويجب أن نعي تماماً أن السماح للمريض بالذهاب الى المنزل دون هذه المساعدة ، قد يسبب له ضرراً بليغاً – ومن هنا تكون المرضة كمنسقة – قد وجهت عنايتها لمساعدة المريض على الاستمرار في أداء وظائفه الحيوية (الفسيولوجية) على أحسن وجه وتلافي أي عجز فيها .

٣ – حماية الفرد من المسببات الخارجية للمرض والأذى :

مقاييس السلامة المناسبة المتخذة تساعد على تقليل أو استبعاد العوامل الطبيعية والكيميائية والميكروبية الموجودة في البيئة والتي تسبب المرض أو الاصابة للانسان .

أوضحنا سابقاً أهمية دور المرضة في المحافظة على الصحة العامة للأشخاص. ونؤكد الآن أن الوقاية من المرض هي مسئولية جميع الأفراد العاملين في المجالات الصحية المختلفة .

يقصد بكلمة (الوقاية) ، أنه من خلال الدراسة العميقة للأمراض

والإصابات ، يمكن التحسين المستمر لمنع الأخطـــار المتوقعـة على الصحة ، وبالوسائل التي تحمي الأشخاص من هـذه الأخطار . وبذلك يتسنى للممرضة أن توسع مجال الوعي الوقائي من خلال تعليمها الصحة للآخرين .

ولا يمكن فصل هـــذه القاعدة عن القاعدتين السابقتين ، فكل مقاييس السلامة التي تتبع لمصلحة أي شخص يقصد منهـــا المحافظة عليه في أحسن حالاته الصحية ، كما تؤدي المعرفـــة الشاملة بالشخص كفرد – في كثير من الأحيان – الى اختيار مقاييس سلامة خـاصة ، قـد لا تتبع مع أشخـاص آخرين غيره .

ينبعث العمل المعتمد على هذه القاعدة من تقدير عام واضح يكتسب من الخبرة الفنية الجيدة .

فمثلا عندمـا نسمح للمريض الذي طـال مكثه في الفراش بمغادرة فراشه لأول مرة ، تتوقع الممرضة إمكانية إصابته بالإغماء ، فلذلك تعمد الى حمـايته بوضع كرسي بجواره عند ما يقف ليستند اليه ، ولا شك أن هـذا نوع جيد من التقدير العام .

كما أن هناك مصادر أخرى لمخاطر شديدة غير واضحة ، قد يتعرض لها المرضى . ويحتاج توقعها وتوقيها إلى فهم خـــاص يكتسب من دراسة العلوم الطبيعية والحيوية والإجتماعية .

إن ترك المريض لفراشه لأول مرة، قد يتطلب توفير وسائل أخرى، غير وضع الكرسي قريباً منه، فاذا كان لدى المريض أنبوبة تصريف متصلة بأحد أجزاء جسمه ، فهناك ضرورة لحمايته من انزلاقها ، كما أن هنـــاك ضرورة المحافظة على هذه الأنبوبة في وضع يسمح لهـا بأداء عملها بصورة جيـدة مع حفظها من التلوث ، كما يجب أن يشرح للمريض كيفية المحافظة عليها وعدم الخوف منها .

قد يتساءل البعض :

« ما هي ضرورة الإجراءات التي تتبع عند إعطاء الحبوب . . ؟ إن أي إنسان يمكنه أن يشتريها ويقرأ البطاقة ثم يتناولها ... »

ورغماً عن أن ذلك حقيقي الى حد ما ، إلا أنه يجب على الممرضة أن تتذكر القاعدة الخاصة بالمحافظة على أداء الجسم لوظائفه الحيوية ، وأن عليها مسئوليات عديدة عند مزاولة العلاج ، فالمسألة ليست قراءة البطاقة فقط ومعرفة مقدار الجرعات المقررة ، بل عليها أن تعرف :

ا – تأثير العقار .

ب – لماذا يعطى .

جـ – ماذا يحدث من آثار .

ويعتمد ذلك كله على حسن إعداد الممرضة ، وفهمها لكل ناحية من هذه النواحي ، وقدرتها على التمييز ، وإرضاء من ترعاهم .

الباب الثالث

أسس التعقـــيم

اصطلاحات وآراء

مقدمـــة :

يتعرض الإنسان في حياته اليومية – في كل لحظة وكل مكان – لانتقال الميكروبات اليه التي قد تسبّب المرض له ، ولذلك يغطي فمه عندما يكُح ، ويغسل يديه بعد قضاء حاجته ، كما يعتني المجتمع بمصادر المياه النقية والمجاري والتخلص من الفضلات . إذ أن هذه التدابير تساعد على قتل الميكروبات أو الحد من انتشارها (انظر الجدول ص٧٥). وتبعاً لذلك فإنه من مسئوليات الممرضة الرئيسية ، توجيه نظر المرضى وزائريهم الى العوامل الحقيقية الـــتي تسبب عدوى الأمراض وطرق الوقاية منهـا – ولو أن بعض الأفراد لديهم فكرة جيدة عن ذلك – ولكن هنـاك بعض الوسائل الأخرى الاضافية التي يجب اتباعها عند رعاية المرضى في المؤسسات الصحية يجهلها الكثيرون .

تعريفـــات

التعقيم Asepsis :

هو إبادة الميكروبات الموجودة .

وتنقسم الميكروبات الى مجموعتين :

ا – الميكروبات المعدية (المسببة للأمراض) Pathogens :

وهي التي توجد عادة في البيئة وتسبب الأمراض .

ب – الميكروبات غير المعدية (غير المسببة للأمراض) Nonpathogens :

طرق التعقيم الطبي

بعض الطرق الشائعة والوسائل الاضافية الخاصة المستعملة في التعقيم الطبي لوقاية الانسان من الامراض

امثلة للطرق الشائعة لقتل الجراثيم والحد من انتشارها		وسائل اضافية خاصة تتبع ضد الميكروبات المعدية
وسائل فردية	وسائل مفروضة على المجتمع	
١ – تغطية الفم أثناء الكحة.	١ – التخلص من القمامة والفضلات.	١ – عزل الفرد أو الأفراد المصابين بأمراض معدية.
٢ – العطس والكحة في المناديل والفوط الورقية.	٢ – مقاومة الحشرات.	٢ – استعمال أدوات وقائية للذين يرعون المريض مثل: القفازات، الأقنعة... الخ.
٣ – غسل الايدي قبل ملامسة الطعام.	٣ – التفتيش على المؤسسات الغذائية وتعقيم الخضر والفواكه، والكشف على العاملين في المطاعم والمقاهي وغيرها، وتطهير أحواض السباحة.	٣ – استعمال احتياطات خاصة تبعاً لطريقة انتشار الجرثومة المرضية الموجودة سواء بواسطة الأجهزة التنفسية أو فضلات الأمعاء... الخ. وقد تشمل هذه الاحتياطات حرق الفضلات وتعقيم الأواني أو تطهيرها.
٤ – غسل الصحون والأكواب.	٤ – الترخيص لباعة الأغذية وعمالها.	٤ – تعقيم أو تطهير الأدوات التي يستعملها المصاب.
٥ – تخصيص أدوات لكل فرد مثل الفوط، فرش الأسنان الأمشاط الخ.	٥ – تنظيم النقل الداخلي للمواد الغذائية.	٥ – الابلاغ عن المرض للجهات الصحية المسئولة.
٦ – تجفيف العيون أو إزالة الأجسام الغريبة منها باستعمال أنسجة نظيفة أو مناديل.	٦ – انشاء رقابة صحية على الوافدين.	
٧ – البصق في فوط ورقية.	٧ – نشر البرامج الصحية والوقائية في المدارس العامة.	
٨ – غسل الأيدي بعد التخلص من الفضلات		

وهي توجد عادة في البيئة أو على العائل ، ولا تسبب الأمراض ، والعائل قد يكون إنساناً أو حيواناً تعيش الميكروبات فيه أو عليه .

وينقسم التعقيم بصفة عامة من حيث الوصف الى نوعين :

١ - التعقيم الطبي Medical Asepsis

٢ - التعقيم الجراحي Surgical Asepsis

أولا : التعقيم الطبي Medical Asepsis :

ويقصد به الاجراءات التي تساعد على تقليل الانتقال المباشر أو غير المباشر للميكروبات التي تسبب الأمراض Pathogens ، من شخص إلى آخر أو من مكان الى آخر .

ويعتنى بالتعقيم الطبي ، لأنه يوجد في كل بيئة - ميكروبات تسبب - لبعض الأشخاص وفي ظروف خاصة - الاصابة بالمرض - ولذلك فإن تقليل عددها وإعاقة انتشارها ، يزيد من سلامة البيئة .

وتتبع وسائل عديدة لتحقيق هذا الهدف مثل :

إزالة الغبار - التفريغ - الغسيل - الغلي - التعقيم - التطهير ... الخ .

وليست الإجراءات - التي تكفل سلامة البيئة والمحافظة عليها في أعلى مستوى - وقفاً على العاملين الصحيين فقط ، بل يشترك فيها كل أفراد المجتمع وكذلك الهيئات المحلية ، والحكومات ، والمؤسسات الدولية . وهي تشمل برامج وقائية واسعة، وقوانين خاصة للتخلص من الفضلات بأنواعها ، وقوانين أخرى خاصة للتحكم في بعض الأمراض المعدية المعينة كالسل... الخ

وعلى العموم يجب اتباع وسائل التعقيم الطبية في كل الأوقات ، لأن الميكروبات الناقلة للمرض ، توجد دائماً في البيئة . فمثلاً الأكواب العامة للشرب ليست صحية . لأن الميكروبات الناقلة للأمراض توجد عليها بعد أن

يستعملها شخص حاملٌ لهـــا ، كما أنه قد يعرَف في بعض الأوقات وجود ميكروب مرضي معيَّن في البيئة – فمثلاً فَيروس الحصبة الألمانية ، يوجَد في وعلى الشخص المريض ، كما يوجد في بيئته أيضاً – وفي مثل هذه الحـالة تتخذ احتياطات إضافية للحد من انتشار هذا الميكروب . وقد يفضَّل العزل (وهو يشمل اتخاذ الإجراءات المشدَّدة بما فيها التعقيم الطبي) ، كما تُتتَّبع أيضاً جميع الاجراءات التي تستعمَل في حالة الأمراض المُعدية ومنها استعمال ملابس خاصة لمن يرعى المريض .

ثانياً : التعقيم الجراحي Surgical Asepsis :

يقصَد بـــه الإجراءات التي تتخذ لمنع وجود الميكروبات بل وقتلها ، ولحفظ الأشياء والأماكن خاليةً تماماً منها جميعها (جعلها معقمة) . وهو يعنى بالأدوات التي تستعمَل والأماكن أيضاً التي لا بد من بقائهـــا معقمة ، وهو يستعمل دائماً – وبوجه خاص – في غرف العمليات وغرف الولادة .

والغرض من هذا التعقيم هو حماية الشخص من البيئة – وليس حماية البيئة ممن ومما بهـا من ميكروبات – فمثلاً الملابس المعقمة والقفازات المعقمة التي يرتديها الجرّاح أثناء إجراء الجراحة ، هي لحفظ المريض من التلوث من الجرّاح ، كما أن الملاقط (الجفوت) التي تستعمَل لالتقاط الملابس المعقمة ، تقي المريض من تلوثها بالأصابع .

والتلوث Contamination ، ينتج من تقديم واستعمال أي شيء غير نظيف أو غير معقم :

ا – نفي التعقيم الطبي – تعتبَر البيئة ملوثة اذا احتوت أو ُفرض احتواءَها على الميكروبات .

ب – وفي التعقيم الجراحي – تعتبَر الأجزاء ملوثة اذا لمسها أي شيء غير معقم .

كالمبسعة (المريلة) التي تلبسها الممرضة ، والأردية التي ترتديها أمُّ الطفل عند إصابته بالحصبة – تعتبر من وجهة نظر التعقيم الطبي أنها تستعمل لوقاية الممرضة والأم من التلوث من الطفل .

ويستعمل كلٌّ من التعقيم الطبي والجراحي للحصول على ما يهدَف منهما .

والتطهير Disinfection ، يعني القضاء على الميكروبات المرضية الناقلة للعدوى فقط دون الحويصلات الجرثومية Spores .

أما التعقيم Asepsis ، فيعني القضاء على كلّ أنواع الميكروبات بما فيها الحويصلات الجرثومية .

ويعتمد التعقيم عادة على عدة طرق أهمها :

١ – الطرق الحرارية للتعقيم :

وهي تعتمد على استعمال الحرارة – كالغليان ، البخار تحت الضغط ، والحرارة الجافة .

٢ – الطرق الكيميائية للتعقيم :

وهي تعتمد على استعمال المواد الكيميائية ، ولكن لا يعوّل عليها كالطرق الحرارية . وأهم المواد والوسائل المستعملة هي :

ا – المطهرات Disinfectants :

وهي مواد تستعمل لتدمير الميكروبات المعدية ، وناقلات العدوى ، ولا يقصَد من استعمالها ، إبادة الميكروبات الموجودة في أو على الشخص الحي .

ب – مانعات نمو جراثيم التقيح Antiseptics :

وهي مواد تستعمل للتقليل من نمو الميكروبات ، ويمكن استعمال بعضها بأمان على الانسان .

جـ ـ التعقيم Sterilization .

هو جزء مكمّل للتعقيم الجراحي ، كما أنــه يكون في كثير من الأحيان جزءاً هاماً من التعقيم الطبي .

وعند مكافحة أي ميكروب مجهول ، يحسن أن تستعمل المعـــايير التي يعتمد عليها في القضاء على كل الميكروبات حتى نضمن السلامة .

وتعقم الأدوات الشخصية التي يستعملها المرضى –في المستشفيات– بالغليان أو بالبخار تحت الضغط ، قبل تقديمها لمريض آخر . ومع أنــه من الممكن توفير السلامة لاستعمال هذه الأدوات بغسلها بالماء والصابون وتجفيفها جيداً ، إلا أنه يحسن استعمال كل وسائل الاحتياط الممكنة ، اذا كانت طبيعـــة الميكروب الملوثة غير معروفة .

ومن أهم الأشياء التي يجب تذكرها عن التعقيم الجراحي والطبي ـ هو أن تأثير كل منهما يتوقف على أمانة القائمين بهـا ـ وقد لا يمكن تلافي نتائج عدم إتقانها في كثير من الأحيان ـ فمثلاً بعض الأدوات كالأكواب ، والأمشاط ، والحقن ، والإبر يمكن تنظيفها ظاهرياً حتى ولو لم تعقم ، ولا ينتظر أحد من الشخص المسئول أن لا يعرف حقيقة ذلك .

والتعقيم والتطهير ، هما وسيلتان شائعتا الاستعمال في المنـــازل والمجتمع والمؤسسات الصحية أيضاً . ومهما كان الغرض المراد الوصول اليه من كل منهما فإن اختيار الطريقة المناسبة يتوقف على فهم القواعد الخاصة بها .

الفصل السادس

قواعد ووسائل التعقيم والتطهير
تداول الأجهزة والأدوات والعناية بها

أولا : وحدات التجهيز المركزية Central Supply Units :

من أهم المبتكرات التي غيرت جذرياً نظام المستشفيات في عنايتها بالأجهزة والأدوات ، وبخاصة التي تحتاج منها الى التعقيم ، كان هو إنشاء وتطور وحدات التجهيز المركزية .

وتمتلك الآن معظم مستشفيات العالم وحدة من هذه الوحدات على الأقل ، وهي تقوم بتنظيف وتعقيم معظم الأجهزة والأدوات المستخدمة في رعاية المرضى ، وحفظها في حالة جيدة ، وتدار هذه الوحدات عادة بواسطة الممرضات ومساعديهن .

وتجمع المستشفيات على أن إقامة هذه الوحدات كان وما يزال عملاً ناجحاً ، يزيد من فرص الأمان والسلامة للمريض ، كما أن اقتناءها هو عملية اقتصادية ناجحة أيضاً ، يسهل تنفيذها لأنها تؤدي عملها لجميع أقسام المستشفى ، وقد وجد أنه من الأوفق فنياً واقتصادياً تخصيص عمال لإدارة هذه الوحدات بعد تدريبهم تدريباً كافياً . وقد أدى إسناد عمليات تنظيف وتعقيم الأجهزة والأدوات ، وإعداد الصواني الى العمال المتخصصين في هذه الوحدات الى :

ا ـ توفر وقتاً أكثر لرعاية المرضى .

ب ـ تلقى الأجهزة والأدوات عنـاية أكبر في تنظيمها وتعقيمهـا وإعدادها للعمل .

ثانياً : الأجهزة المعقمة المتاحة Disposable Evuipment

يتبـع مـا سبق تطـور آخر ، في إجراءات العناية بالأجهزة والأدوات ـ استعمال الأجهزة المعقمة المتاحة ـ التي أصبحت توجد جاهزة دائماً بحالة معقمة ومعدة عند الحاجة للاستعمال مرة واحدة ثم التخلص منها مباشرة ، أي عدم استعمالها مرة أخرى .

وتصدر المستشفيات عادة نشرات دورية شهرية عن هذه الأجهزة بمجـرد ظهورها في الأسواق .

وقد ساعد تطورالأجهزة والمعدات، واستخدام وحدات التجهيز المركزية، على اختصار الوقت الذي كانت تستغرقه اجراءات تنظيف وإعـداد وتعقيم الأجهزة والمعدات .

كما أدى تطـور وحدات التجهيز المركزية ، وانتـاج الأجهزة والمعدات اللازمة ، الى تغيير كبير في المسؤوليات التي كانت ملقاة على عاتق الممرضات مع بقاء مسؤوليتهن عن الرعاية التمريضية كما هي ، ومع ذلك فهناك حالات عديدة ، تكون فيها الممرضات مسؤولات عن العنـاية بالأجهزة والمعـدات وتعقيمها وبخاصة في المنازل ، ولذلك فإنهن يحتجن الى معرفـة جيدة بجميع الاجراءات الفنية للتعقيم .

وتعتمد الاجراءات المتبعة في تعقيم وتطهير الأجهزة والمعدات ـ الى حـد كبير ـ على قواعد علم الميكروبات (Microbiology) ، وسنذكر باختصار بعض القواعد التي تؤثر على اختيار طريقة التعقيم أو التطهير التي تفي بالغرض المطلوب .

ثالثاً : القواعد المستعملة في اختيار طرق التعقيم والتطهير :

١ – طبيعة الميكروبات الموجودة :

تختلف الميكروبات في طبيعتها عن بعضها ، إذ يمكن إبادة بعضها بسهولة، بينما البعض الآخر قادر على مقاومة الطرق العـــادية للتعقيم والتطهير ، فمثلاً الحويصلات الجرثومية Spores تصمد وتقاوم كثيراً من المبيدات الميكروبية ، التي تبيد كثيراً من الميكروبات الأخرى، فمثلاً ميكروب السل الرئوي يقاوم كثيراً من المواد المطهّرة حتى كلوريد الزفيريان (Zepherian Chloride) وهو من أقوى المطهرات .

ومع أن معلوماتنا عن انتقال « الفيروسات » بواسطة الأدوات والأجهزة الملوثة ، ما زالت قليلة، إلا أنه أصبح معروفاً بصفة عامة أن الفيروسات التي تسبب مرض الالتهاب الكبدي المعدي، يمكنها أن تنتقل بواسطة الإبر والحقن الملوثة ، وهي سهلة الانتقال، حتى أن أي خدش في الجلد بواسطة إبرة ملوثة، قــد يسبب المرض – كما أثبتت الدراسات على أن الفيروسات المسببة لهــذه الأمراض يمكن ضمان إبادتها كلياً باستعمال الأوتوكلاف (Autoclave) .

ويمكن اختيـــار الطريقة السليمة للتعقيم أو التطهير ، اذا عرفنا طبيعة الميكروبات الموجودة على الأجهزة والمعدات ، ولسوء الحظ فإن الميكروبات التي تلوث هذه الأجهزة والمعدات – في الأماكن التي يوجد بها كثير من المرضى بعدة أمراض مختلفة في وقت واحد – تصعب معرفتها غالباً . وبذلك يصبح من المتعذر معرفة طبيعة كل الميكروبات الموجودة .

ولذلك فيجب – عند إجراء التعقيم الطبي – اختيـار أكثر طرق التعقيم التي تضمن القضاء على الميكروبات المسببة للأمراض .

أما في التعقيم الجراحي ، فإنه الإجراء السليم الوحيد ، هو الذي أثبت قدرته على إبادة كل الميكروبات – بصرف النظر عن طبيعتها .

وليس من الحكمة إطلاقاً تقليل المدة المقررة لتعقيم أو تطهير الأجهزة والمعدات ـ بفرض أن الميكروبات قد أبيدت بسهولة ـ **اذ أن الوقت عامل أساسي هام في عمليتي التعقيم والتطهير ـ ويعتبر عدم الدقة في اتباع الطريقة النموذجية المقررة ، وعدم الالتزام بتوفير الوقت المقرر لكل منهما اهمالا جسيماً .**

هذا ويمكن إنجاز عمليتي التعقيم والتطهير في المنازل ، بأمان أكثر مما في المستشفيات والعيادات ، إذ أنه يمكن التحقق غالباً من طبيعة المكروبات الموجودة التي تسبب التلوث ، كما يمكن تحصين المريض ضد ما يوجد منها في بيئته .

٢ ـ عدد الميكروبات الموجودة :

يتناسب الوقت اللازم لإبادة الميكروبات الموجودة على أي مادة ـ تناسباً طردياً مع عدد هذه الميكروبات ـ فمثلا يمكن تعقيم أي أداة ملوثة بعدد محدود من الميكروبات في وقت أقل عما اذا كانت ملوثة بعدد كبير منها .

كما أن تعقيم أو تطهير أي أداة ملوثة مغطاة بمواد بروتينية متجلطة ، أو مختفية تحت طبقة من الشحوم أو الدهون والزيوت ـ تستغرق وقتاً أطول.

أما الأجهزة والمعدات التي تكون قد نُظّفت قبل عمليتي التعقيم أو التطهير ، فإن تعقيمها أو تطهيرها ـ يكون أسهل وأسرع ـ من مثيلاتها التي لم تنظّف .

وقد وجد علماء البكتيريا ، أن البكتيريا التي تُعرّض لعمليات التعقيم ـ تموت بنسبة ثابتة ـ كما وجدوا أن معدل موتها ـ يخضع لقوانين ثابتة ـ ويسهل بذلك إحصاء معدلات موتها . ومن الناحية النظرية ـ فان ٩٠ ٪ من البكتيريا الموجودة تُقتَل في كل دقيقة من تعريضها للتعقيم .

وقد كان لمعرفة معدل موت البكتريا تأثيرات عملية هامة ، ويؤكد بعض علماء البكتيريا أن هذه المعرفة قابلة للتطبيق في حالات :

التعقيم الحراري ـ التطهير الكيميائي ـ البسترة .

٣ - نوع الجهاز :

يتوقف أيضاً اختيار طريقة التعقيم أو التطهير ، على نوع الجهاز المراد تعقيمه أو تطهيره .

فالأجهزة والمعدات ، ذات الفجوات أو المنحنيات الداخلية الصغيرة أو الموصلات التي يصعب تنظيفها وتعريضها للتعقيم أو التطهير ، تحتاج الى عناية خاصة .

فمثلاً إذا وضعت القطرة في محلول كيميائي مطهر ، فان هذه الطريقة لا تكون فعالة في التطهير إلا اذا ملأ المحلول المطهر كل فراغها الداخلي .

كما يجب أن نتذكر دائماً أن بعض أجزاء الأجهزة تكون قابلة للكسر أثناء عمليات التعقيم والتطهير المختلفة ، كما أن بعض الطرق التي تستعمل قد تفسد الجهاز أو تؤثر عليه تأثيراً سيئاً ، فمثلاً بعض المحاليل الكيميائية ُتثلِم الأطراف الحادة للأجهزة والمعدات .

ولذلك يجب على الطالبة ـ عند استعمالها لأي نوع من المطهرات ـ أن تقرأ التعليمات الخاصة باستعماله بكل عناية ودقة .

كما يجب أن يلاحظ أيضاً ـ أن معظم طرق التعقيم والتطهير الشائعة الاستعمال ـ ُتفسِد العدسات الموجودة في بعض الأجهزة والمعدات كما في منظار المثانة ، ولذلك تحتاج مثل هذه الاجهزة إلى عناية خاصة ، والى الدقة التامة في اختيار طريقة التعقيم أو التطهير ، للمحافظة على بقائها في حالة جيدة .

٤ ـ الغرض المقصود من استعمال الأجهزة والمعدات :

يؤثر هذا العامل تأثيراً كبيراً على اختيار طريقة التعقيم أو التطهير .

ا ـ فاذا كان التعقيم الطبي هـــو المطلوب للأجهزة والمعدات ، فيكفي في هذه الحالة إخلاءها من الميكروبات المرضية فقط .

ب ـ واذا كان التعقيم الجراحي هو المطلوب ، فيجب أن يضمن خلو الأجهزة والمعدات تمـاماً من جميع الميكروبات أيا كان نوعها .

ومن هذا يتبين مـدى تأثير الغرض من استعمال الأجهزة والمعدات ، في اختيار طريقة معينة من التعقيم أو التطهير ، لضمان السلامة المطلوبة .

ويتبع الآن ـ في معظم المستشفيات ـ تعقـيم جميع الأجهزة والمعدات والأدوات التي تستعمل للمرضى قبل استعمالها ، لضمان السلامة لهم .

ونظراً لأنه لا يمكن التأكد دائماً من طبيعة التلوث ، فقد أصبح من المسلم به ـ لضمانة السلامة ـ استعمال الأجهزة والمعدات المعقمة فقط لخدمة المرضى، كلما أمكن ذلك ، في جميع المستشفيات والمؤسسات العلاجية .

الفصل السابع

طرق التعقيم والتطهير المستعملة

توجد طرق عديدة للتعقيم والتطهير أهمها :

١ ـ التعقيم او التطهير الكيميائي :

ويجري باستعمال المحاليل أو الغازات (الأبخرة) التي تبيد الميكروبات بالوسائل الكيميائية .

٢ ـ التعقيم او التطهير الطبيعي :

ويجري باستعمال الحرارة الجافة أو الحرارة البخارية .

٣ ـ التعقيم او التطهير البارد :

ويجري باستعمال الإشعاع الأيوني .

٤ ـ التعقيم والتطهير بالاشعاع فوق البنفسجي :

ويجري باستعمال الأشعة فوق البنفسجية .

٥ ـ تنظيف الاجهزة والمعدات :

أولا : الوسائل الكيميائية للتطهير :

هذه الوسائل غير محدودة العدد ، وتظهر منها في الأسواق أنواع جديدة باستمرار .

وقد اعتمد على هذه المواد - كوسائل للتعقيم والتطهير - لسنوات عديدة .

ولكن أثبتت الدراسات العديدة ، وجـود بعض نواحي النقص الخطيرة في الاعتماد عليها وحدها .

وقد قلت أهمية التعقيم والتطهير الكيميائي ، بعد ظهور طرق أكثرفعالية في إبادة الميكروبات - كالوسائل الطبيعية - ومع ذلك فما زالت تستعمل هذه الوسائل بكثرة ، في بعض الأحيان وبعض البيئات .

ثانياً : الوسائل الطبيعية للتعقيم والتطهير :

يعتمد التعقيم والتطهير الطبيعيين ، على استعمال الحـرارة ، وأهم الطرق المستخدمة هي :

١ - البخار تحت الضغط Steam Under Pressure

٢ - الحرارة الجافة Dry Heat

٣ - الماء في حالة الغليان Boiling Water

٤ - البخار المنطلق (المندفع) Free Flowing Steam

٥ - التعقيم السريع (تعقيم الطوارىء) .

ويتم التعقيم والتطهير بهـذه الطرق ، عندما تكون درجـة الحرارة كافية لإبادة الميكروبات - إذ كلما ارتفعت درجـة الحرارة زادت سرعة موت الميكروبات .

وعلى ذلك فالعامل الأساسي في التعقيم والتطهير الحراري ، هـو تعريض الأجهزة والأدوات ، تعريضاً صحيحاً مباشراً للحرارة ، ويجب أن يلاحظ أن :

التحميل الزائد للمعقم أو ملؤه بطريقة لا توفر تعرض الأجهزة والمعدات تعريضاً مباشراً كاملاً للحرارة ، يقللان من النتيجة المراد الوصول اليها من العملية .

وسنشرح فيما يلي بعض أنواع التعقيم الحراري وكذلك الأشكال المختلفة للمعقمات الحرارية ، مع ملاحظة أن الوقت الذي حدد للتعقيم مبني على افتراض أن :

ا ـ أن الحزم قد أعدت إعداداً صحيحاً .

ب ـ أن أجهزة التعقيم محملة تحميلاً صحيحاً ، بحيث تتعرض كل محتوياتها تعريضاً مباشراً للحرارة .

١ ـ البخار تحت الضغط Steam Under Pressure :

إن الحرارة الرطبة في صورة بخار مشبع تحت الضغط هي أكثر الطرق استعمالاً والتي يعتمد عليها في القضاء على جميع أشكال الحياة الميكروبية .

ويقصد بكلمة (البخار) بخار الماء ، وهو في حالة تشبعه يمكنه أن يتحمل مقداراً معيناً من الضغط في درجة حرارة معينة ، هذا مع العلم بأن مقدار الضغط لا أثر له في إبادة البكتريا ولكن « أعلى درجة حرارة يمكن الحصول عليها من أكبر ضغط » هي التي تبيد البكتريا .

ويسمى الجهاز المستعمل في هذه الحالات « الأوتوكلاف » Autoclave .

والأوتوكلاف ، هو جهاز تعقيم بالبخار تحت الضغط ، وتجهز به الآن معظم المستشفيات والعيادات ومكاتب الأطباء (تشرح الكتب الخاصة بالتعقيم كيفية عمل واستعمال هذا الجهاز بالتفصيل) .

تقتني كثير من المنازل الآن أواني طبخ تحت الضغط (برستو Presto) ، وتعمل هذه الأواني طبقاً لنفس القاعدة الخاصة بأجهزة التعقيم البخارية تحت

مــدد التعريض النموذجية للتعقيم

المــادة المراد تعقيمهـــا	عدد الدقائق اللازمة للتعريض	
	بركنز[1]	اندروود[2]
	دقيقة	دقيقة
١ – لفافات جراحية ذات حجم عادي في غطاء من الشاش	٣٠	٣٠
٢ – اسطوانات بها أردية ، في أغطية من الشاش	٤٥	٣٠
٣ – « « « ذات وزن ثقيل		٤٥
٤ – آلات موضوعة في صواني ذات غطاء من الموسلين	١٥	١٠
٥ – « محزومة للتخزين	٣٠	١٥
٦ – أوعية أو أدوات مغطاة بالشاش	١٥	١٥
٧ – قفازات مطاط في لفافات من الشاش	٢٠	١٥
٨ – صواني العلاج « « « «	٣٠	١٥
٩ – صناديق غيار بها أواني أو ملابس مفككة	٣٠	
١٠ – أوعية زجاجية فارغة ومقلوبة	١٥	
١١ – حقن غير مجمعة في أغطية شاشية أو ورقية	٣٠	
١٢ – خيوط حريرية ، قطنية ، أو نايلون	١٥	

(١) ج. ج. بركنز : التعقيم البكتريولوجي والجراحي بالحرارة .
: المطهرات ومانعات العدوى ومضادات الفطر والتعقيم الكيماوي والطبيعي ، ص : ٧٨٤ فيلادلفيـــا ، لي وفبيجر ١٩٥٧ .

(٢) ويدن. ب. اندروود : كتاب في التعقيم، ص : ٤٤ ، شركة التعقيم الأمريكية (ايري ، پا) ١٩٤١ .

الضغط (الأوتوكلاف) ، وهي تطهو بسرعة كبيرة نظراً لدرجة الحرارة العالية التي يولدها البخار تحت الضغط، ويمكن استعمال هذه الأواني في التعقيم بالمنازل ، وذلك بوضع المواد المراد تعقيمها على رف بها أعلى من سطح الماء فيها .

ويتوقف مقدار الزمن اللازم لتعريض الأجهزة والأدوات في جهاز تعقيم بخاري تحت الضغط (أوتوكلاف) ـ لضمان تعقيمها تماماً ـ على عدة عوامل هي :

ا ـ نوع الأجهزة والمعدات المراد تعقيمها .

ب ـ حالة لفها أو حزمها .

جـ ـ طريقة تحميل الجهاز .

د ـ درجة الحرارة ومقدار الضغط المستعملين .

يعطي الجدول السابق مقدار الزمن اللازم لتعريض أجهزة أو معدات معينة ، على فرض أنها محزومة حزماً صحيحاً ، وأن الجهاز محمل تحميلا صحيحاً ، ودرجة الحرارة المستعملة هي ١٢١° ـ ١٢٣° سنتيجراد (٢٥٠° ـ ٢٥٤° فهرنهيت) وأن الضغط يعادل ١٥ ـ ١٧ رطل على البوصة المربعة .

ويجب ملاحظة أن فترات التعريض المذكورة في الجدول السابق ـ يفترض فيها أن درجة الحرارة هي١٢١°ـ ١٢٣°سنتيجراد (٢٥٠°ـ ٢٥٤° فهرنهيت) ـ كما يجب تذكر أن درجة الحرارة هي العامل الأساسي في إبادة الميكروبات ، وليس مقدار الضغط .

٢ ـ الحرارة الجافة Dry Heat

التعقيم بالحرارة الجافة أي « التعقيم بالهواء الساخن » ، يحدث باستعمال جهاز يشبه فرن الخبز العادية .

وتفضل أجهزة التعقيم الحراري الجاف التي تسخن بالكهرباء ، لأنها أصلح وأسهل استعمالا من الأنواع الأخرى .

والحرارة الجافة ، هي طريقة جيدة لتعقيم الآلات الحادة (المشارط) والحقن ، إذ أن الحرارة الرطبة تفسد حواف القطع والسطوح الزجاجية السفلى في الحقن – كما أنها هي الطريقة المفضلة لتعقيم الإبر أيضاً – ويلاحظ أن ارتفاع المكان عن سطح البحر لا يؤثر على أجهزة التعقيم بالحرارة الجافة (الهواء الساخن) .

هذا وتؤثر :

ا – طبيعة الأجهزة والمعدات .

ب – طريقة حزمها أو ربطها .

جـ – طريقة تحميل جهاز التعقيم .

في مقدار الوقت اللازم للتعقيم بالحرارة الجافة (الهواء الساخن) كما تؤثر أيضا في الوقت اللازم للتعقيم .

ويتفق كثير من العلماء على أن ، التعقيم الكامل يحتاج الى درجة حرارة ١٦٠°س (٣٢٠°ف) لمدة ساعة ، وتفضل ساعتان .

والأجهزة والأدوات التي لا تتحمل درجة حرارة ١٦٠°س ، يحسن عند تعقيمها استعمال فترة أطول من الوقت تحت درجة حرارة أقل من ١٦٠°س .

ويبين الجدول التالي معدلات الوقت والحرارة اللازمة لتعقيم الأدوات التي لا تتحمل درجة الحرارة العالية .

درجة الحرارة		المدة اللازمة
سنتيجراد	فهرنهيت	
١٥٠°س	٣٠٠°ف	١٥٠ دقيقة
١٤٠°س	٢٨٥°ف	١٨٠ »
١٢١°س	٢٥٠°ف	ليلة كاملة

٣ ـ الماء في حالة الغليان Boiling Water

إن وضع أي جهاز أو أداة في ماء يغلي لمدة من الزمن ، هو طريقة شائعة للتعقيم والتطهير .

ولكن هذه الطريقة تكون غير مجدية ، اذا كان الجهاز أو الأداة ملوثاً بالأكياس الجرثومية Spores .

وعلى العموم يعتبر الماء المغلي أنه ـ « ليس طريقة عملية للتعقيم » ـ إذ أن درجة حرارة الماء لا يمكن أن تزيد عن ١٠٠° س (٢١٢° ف) . وتقاوم بعض الأكياس الجرثومية (Spores) الموت في هذه الدرجة ، وتحتاج إبادتها الى وقت طويل جداً ـ ومع ذلك فإن إبادتها لا تكون كاملة تماماً ـ كما أن بعض الفيروسات Viruses تقاوم هي أيضاً عند درجة غليان الماء (١٠٠° س) ـ ولذلك فإن طبيعة الجسم العضوي (الميكروب) تحدّد طول الوقت (الفترة اللازمة) للتعقيم في درجة الغليان .

الأجهزة النظيفة ، يمكن تعقيمها ـ الى حد ما ـ في الماء المغلي في بضع دقائق ـ بينما تستغرق الأجهزة غير النظيفة وقتاً أطول .

ويؤكد معظم علماء التعقيم على أن الأجهزة الملوثة بالمراحل الحضرية للبكتيريا (غير دور الأكياس الجرثومية) ، يمكن تعقيمها اذا غُمرت في الماء الذي يغلي لمدة ١٠ـ٢٠ دقيقة منذ لحظة ابتداء الغليان .

وفي بعض الأحيان يضاف ثالث فوسفات الصوديوم **Trisodium Phosphate** أو كربونات الصوديوم **Sodium Carbonate** الى الماء الذي يُغلى فيه الجهاز أو الأداة المراد تعقيمها ، إذ أن هـذه المواد الكيميائية تساعد على إزالة الشحوم التي تختبىء تحتها الميكروبات ، كما أنها تقلل الوقت اللازم للتعقيم والتطهير لأنها تزيد قوة البلل في الماء (Wetting Power) ، فعند إضافة مادة قلويّة الى الماء – تعتبر مدة ١٥ دقيقة غليان فقط كافية .

ولكن يلاحَظ أن الأجهزة القابلة للصدأ في الماء ، يمكن أن تفسد بسهولة باستعمال هذه الطريقة للتعقيم أو التطهير ، ويمكن تقليل الصدأ إذا وُضعت الأجهزة في الماء بعد استمرار غليانه لبضعة دقائق ، إذ أن غليان الماء يطرد الأوكسجين الذائب ، وعلى ذلك يقلّ الصدأ الناتج عن عملية الأكسدة .

٤ – **البخار المندفع** Free Flowing Steam :

درجة حرارة البخار المندفع هي ١٠٠ °س (٢١٢ ° ف) عند سطح البحر ولذلك فيجب عند استعمال البخار المندفع للتعقيم أو التطهير أن تتبع فيه نفس المدد المقررة في استعمال الماء المغلي .

وعلى العموم فما زال استعمال هذه الطريقة محدوداً لصعوبة تحميل جهاز التعقيم المستعمل فيها، بطريقة تضمن التعرض الكامل لجميع الأجهزة الموضوعة فيه للبخار المندفع .

٥ – **التعقيم السريع (تعقيم الطوارىء)** Emergency Sterilization :

يلزم – في بعض الأوقات – استعمال أدوات معقمة ، مع عدم وجود وقت كافٍ لتعقيمها أو تطهيرها بالطرق العادية المستعملة .

ويحدث هذا عادة ، عند وجود ضرورة إجراء علاجي سريع طارىء ، ويتبع عادة في مثل هـذه الأحوال الطارئة تقصير المدة ـ اللازمة عادة ـ

للتعقيم أو التطهير ، ويطلق البعض على هـــذه الطريقة (إجراءات تعقيم الطوارىء) ، وعندما تقلّل مدة التعقيم أو التطهير، يجب على القائمين بالعمل في هذه الحالة ، إدراك أنهم قاموا بمخاطرة ـ لأن التعقيم الكامل لم يتوفر ـ ولكن الضرورات تبيح المحظورات ، وهو ما تقتضيه الحالات الطارئة .

ثالثاً : التعقيم أو التطهير البارد :

يجري باستعمال الإشعاع الأيوني – وقد جرّبت هذه الطريقة في السنوات الأخيرة – ولكن لم يعيّن بعد المدى الذي يمكن استعمالها فيه .

ورغماً عن التقدم الملحوظ والمشجّع ، الذي حدث في هذا المجــال ، بعد الحرب العالمية الثانية. فهو ما زال في حاجة الى استمرار إجراء الأبحاث فيه.
وتبشر هــذه الطريقة بإمكانيات هائلة في ميدان التعقيم البارد في المواد الصيدلية ، والأغذية التي تتأثر بارتفاع درجة الحرارة .

رابعاً : التعقيم والتطهير بالاشعاع فوق البنفسجي :

تجري هذه الطريقة باستعمال الأشعة فوق البنفسجية ، التي وجد أن لهــا تأثيراً في إبادة الجراثيم ، ويمكن استعمالها كعامل مؤثر في تطهير الهـــواء الداخلي للمباني وأماكن العمل .

ويمكن باستعمال ضوء الأشعة فوق البنفسجية ، تخفيض عدد الميكروبات الموجودة بمقدار عشرة أضعاف ما يحدث عن استعمال التهوية .

وتستعمل الآن الاشعة فوق البنفسجية، في تعقيم غرف العمليات، كإجراء إضافي على الاقل .

وقد أثبتت الابحاث ، أن تعريض الاجهزة والمعدات والموائد ، في غرفة العمليات – لهذه الاشعة – له أثر كبير في إبادة الميكروبات .

كما تستعمل هذه الاشعة ، الآن أيضـاً ، في تطهير الموائد في المختبرات ، وتطهير الغرف والمصاعد .

خامساً: تنظيف الاجهزة والمعدات Cleaning Supplies And Equipment :

ذكرنا كثيراً في شرحنا السابق ، ضرورة تنظيف الاجهزة والمعدات قبل التعقيم والتطهير ، إذ أن النظافة التامة مطلوبة ، ما دامت الميكروبات التي تكمن في المواد العضوية أو التي تكون مغطاة بطبقة من الشحم أو الدهون ، هي صعبة الإبادة ـ وأكثر من ذلك ـ فإن التنظيف يقلل عدد الميكروبات الموجودة ـ كما بيّنا سابقاً ـ وكلما قلّ عددهـــا سُهل تطهير أو تعقيم الاجهزة والمعدات .

والأشخاص الذين يقومون بتنظيف الاجهزة ، يجب أن يرتدوا القفازات المطاطية ، عند تنظيف الادوات الملوثة بكثرة بالميكروبات المرضية ، أو اذا وجدت تسلخات في جلد أيديهم ، كما يلزم استعمال فرشاة ذات شعر صلب في تنظيف الاجهزة في الماء والصابون أو مع مطهّر ، وإذا كان الجهاز ملوثاً بمواد عضوية كالدم أو القيح، فإن غمره في الماء البارد مع مطهر ـقبل الغسيلـ يسهل عملية التنظيف .

وتعتبر الفرشاة والقفازات المطاطية والحوض التي تستعمل في تنظيف الجهاز – ملوثة – ولذلك يجب تنظيفها أو تطهيرها قبل الاستعمال .

وعلى العموم يجب ملاحظة ما يأتي في عملية التنظيف :

ا – يجب شطف الاجهزة جيداً .

ب – الاجهزة القابلة للصدأ تجفف تجفيفاً كاملا .

جـ – اختبار الاجهزة والتأكد من صلاحية اجزاءها جيداً للاستعمال .

د – يجب تنظيف الاجهزة بعد استعمالها مباشرة ، إذ أن المواد العضوية

التي تجف عليها ، تزيد من صعوبة تنظيفها، كما تزيد إمكانية انتشار الجراثيم بواسطة الهواء بعد جفافها .

وعندما ينظف الجهاز تنظيفاً تاماً ، يصبح قابلاً للتعقيم أو التطهير .

سادساً: تنظيف وتعقيم الادوات الصاجية والمغطاة بالميناء:

مثل هذه الاجهزة والادوات، يجب تنظيفها بالصابون أو المحاليل المطهّرة، كما تساعد المواد الكاشطة على إزالة الاقذار مثل الفرشاة أو قطعة من القماش أو قطعة من الاسفنج وهذه يمكن استعمالها كمواد كاشطة .

ولكن يجب أن يلاحُظ تنظيف هذه الادوات وتطهيرها بعد استعمالها مباشرة ، كما يجب العناية بها بعد الاستعمال .

ويعتبَر (البخار تحت الضغط) هو الطريقة المفضّلة لتعقيم هذه الادوات، كما يمكن استعمال (الحرارة الجافة) أيضاً ، كما قد يكتفى بالغليان .

قصريات السرير وأوعية التبول ، تصنع عادة من الصاج أو المواد المغطاة بالميناء . وبعد إزالة محتوياتها وشطفها ، يجب غسلها غسلاً جيداً ثم معاملتها كمثيلاتها من الادوات .

وبعض المستشفيات تقتني أجهزة خاصة لتنظيف القصريات وأوعية التبول .

وهنالك اعتقاد شائع خاطىء ، وهو أن كل منظّفات القصريات هي مولد معقمة ، ويذكر بعض الصناعيين ذلك في بطاقات بضائعهم - ولكن يجب تنظيفها بالمنظّفات ثم إمرار (البخار المتدفع) فيها لمدة ١٢ دقيقة - ويكفي اتباع هذا الاجراء اذا لم يكن التعقيم ضرورياً .

وعلى العموم يجب التدقيق في تطهير وتعقيم القصريات وأوعية التبول ، إذ أن بعض الفيروسات للعدية تنتقل بواسطتها .

سابعاً: تنظيف وتعقيم الاوعية الزجاجية:

يجب غسل هذه الأوعية في الصابون والماء ، أو المحاليل المطهرة ، ويحسن استعمال الفُرش الخاصة في تنظيف الانابيب والبراميل الزجاجية .

ومن المهم فكّ الحقن بعد الاستعمال مباشرة ، لئلا يلتصق المكبس بزجاج الحقنة ، كما يجب شطف الحقن ورجّها بعد الاستعمال مباشرة ، حتى لا تجف محتوياتها على الانبوبة ويصعب تنظيفها، كما يجب تعقيمها (بالبخار تحت الضغط)، والطريقة الشائعة في المنازل لتعقيم مثل هذه الاوعية هي الغليان .

تنظيف وتعقيم الآلات :

يمكن دعك هذه الآلات بالفرشاة في محلول الصابون أو محلول مطهّر ، ويجب العناية بتنظيف الحزوز والفجوات والحواف المسننة ، حيث تكمن الميكروبات عادة ، كما يجب تجفيفها بعد التنظيف مباشرة لمنع الصدأ .

والآلات التي ليس لها حافة قاطعة ، يجب تعقيمها في جهاز تعقيم (البخار تحت الضغط) – أما الآلات ذات الحافة القاطعة، فتُعَقّم (بالحرارة الجافة) ، كما يمكن استعمال الكيماويات في ظروف خاصة .

ثامناً: تنظيف وتعقيم ابر الحقن:

تشكّل الإبر إشكالاً في تنظيفها المباشر ، لصغر تجويفها . ويجب بعد استعمالها مباشرة ، أن يدفع فيها الماء البارد بواسطة حقنة ، لإزالة المحتويات الباقية في تجويفها . هذا ودفع الكحول أو الاثير في التجويف يساعد على إزالة المواد الدهنية أو الزيتية .

والحرارة الجافة ، هي الطريقة المثلى لتعقيم الإبر ، كما يمكن استعمال (البخار تحت الضغط) ، كما يستعمَل الغليان عند عدم توفر وسائل التعقيم الأخرى .

تاسعاً: تنظيف وتعقيم المواد المطاطية والبلاستيكية:

يمكن غسل هذه المواد بمحلول الصابون أو محلول مطهّر. والقطرات يجب تفريغها فوراً بعد الاستعمال، كما أن نقعها لمدة محدودة يساعد على تنظيفها. كما يجب دفع محلول الصابون أو السائل المطهر في تجويفها حتى يتم تنظيفها.

وقطرات البلاستيك الشفافة تسهل التأكد من تنظيفها – والأنابيب المطاطية أو البلاستيكية يجب تفريغها أيضاً بعد الاستعمال مباشرة. ويقرر بيكيت

وبيرمان أن الانابيب التي تحتوي على الدم لا يجوز استعمالها مرة أخرى لأي عمل داخل الوريد، وذلك لعدم التأكد من نظافتهـــا، ويحسن استعمال أنابيب جديدة.

ويفضل (البخار تحت الضغط) في تعقيم الاشياء المطاطية، كمـا يمكن استعمال (الحرارة الجافة) لأنواع معينة منها – ونادراً ما يستعمَل الغليان.

واذا استعملت الكيمياويات، فيجب التأكد من أن المحلول يملأ التجويف حتى يطهّر تماماً.

عاشراً: تنظيف وتعقيم الانسجة:

يكفي غسلها لضمانة نظافتها – وتحتفظ مؤسسات معينة بقطع الانسجة التي تستعمل للمرضى بالأمراض المعدية – في حقائب خاصة – لتتخذ المغسلة احتياطات خاصة عند غسلها.

الفصل الثامن

قواعد واستعمالات التعقيم الطبي

أولا : النمو البكتيري في اليد :

نشر برايس Price – العالم البكتريولوجي المشهور في بكتيريا الجلد – عام ١٩٣٨ ، ملخصاً لدراساته ، أكد فيه وجـود البكتيريا على الأيدي . وعين نوعان :–

١ – البكتيريا المؤقتة Transient Flora, or Bacteria

وهي توجد عادة بقـلة على الأجزاء النظيفة والمعرضة من الجلد ، وهي تلتقط عادة بالأيدي – أثناء النشاط اليومي للمعيشة والعمل ، ولذلك يتوقف نوع البكتيريا وطبيعتها – الى حد كبير – على طبيعة العمل الذي يؤديه الفرد .

فمثلا أمين المكتبة ، يمكن أن توجد على يديه الأنواع التي توجـد على الكتب والأوراق . أما الشخص الذي أمسك رداءً ملوثاً بالافرازات السائلة نجد على يديه البكتيريا التي توجد في إفرازات الجروح .

والبكتيريا المؤقتة تلتصق بالجلد التصاقاً مؤقتاً (غير ثابت) وبخاصة في الشحوم والدهون والأقذار ، كما توجد بكمية أكبر تحت الأظافر .

وهـذه البكتيريا (المؤقتة) ، سواء منهـا المرضية أو غير المرضية يمكن إزالتها بسهولة ، بغسل اليدين غسلا جيداً .

٢ – البكتيريا الدائمة (المقيمة) Resident Flora (or) Bacteria

وهي – عادة – ثابتة النوع والعدد ، وهي توجـــد في تجعدات وشقوق الجلد ، ويعتقد أنها تلتصق بالجلد بالجاذبية والامتصاص . ولا يمكن إزالتها بسهولة بالغسيل بالماء والصابون ، ما لم يستعمل الدعك المناسب بالفرشاة .

كما أنها أقل تأثراً بالمطهرات من البكتيريا المؤقتة ، وبعضها يكون مطموراً بعمق في الجلد حتى أنهـا لا تظهر في الغسيل ، إلا بعـد أن يكون الجلد قـد دُعِك لمدة ١٥ دقيقة أو أكثر، ومن المعتقد أنه لا يمكن تنظيف الجلد تنظيفاً تاماً من كل هذه البكتيريا .

وقـــد وجـد أن البكتيريا المؤقتة ، يمكنها أن تتلاءم مع بيئة الجلد اذا وجدت بعدد وافر ولمدة طويلة كافية . وتصبح في هذه الحالة بكتيريا مستديمة .

فمثلاً إذا استعمل شخص مواداً ملوثة لمدة طـــويلة – فمع أن البكتيريا الموجودة بها هي بكتيريا مؤقتة – فانها قـد تتحول على الأيدي الى بكتيريا مستديمة، واذا احتوت مثل هذه البكتيريا أنواعاً مرضية ، فقد تصبح الأيدي حاملة لهذه الأنواع .

ولمنع البكتيريا المؤقتة من أن تصبح مستديمة ، يجب غـسل الأيدي غسلاً جيداً بعد كل اتصال بالمواد الملوثة ، وبخاصة اذا كانت تحتوي على انواع مرضية .

ونظراً لأن الممرضات يمسكن أثناء عملهن بمواد ملوثة بالجراثيم المرضية ، فانه من الأهمية بمكان **وجوب اهتمامهن الكامل بالغسيل الجيد التام .**

ثانياً : الصابون والمنظفات والماء كعوامل تنظيف :

يعمل الصابون والمنظفات تحت سطح المـــاء كعوامل مستحلبة (تكون

مستحلباً) ، ولذلك تعتبر أنها عوامل منظفة جيدة عند استعمالها مع الماء .

والصابون المستعمل نوعان :

١ – الصابون العَسِر :

ويصنع من أملاح الصوديوم ، مع إزالة الجليسرول أثناء عملية صناعة الصابون .

٢ – الصابون اليسِر :

ويصنع من أملاح البوتاسيوم ، ولا يزال الجليسرول أثناء عملية صناعته .

ويستعمل الصابون عادة مع الماء اليسر (الماء العذب) ، لأنه اذا استعمل مع الماء العسر (الماء المالح) تتكون رواسب قشرية غير قابلة للذوبان وذلك نتيجة لتفاعل أملاح الصابون مع الأملاح الموجودة في الماء العسر ، وهـــذا التفاعل يجعل الصابون غير مجـد في عمليـة التنظيف – وعلى العموم فالصابون الذي يستعمل مع الماء اليسر هو عامل تنظيف لا يقدر .

ويشيع استعمال المنظفات كوسائل تنظيف شعبية .

ومن أهم أنواع هذه المنظفات :

١ – المنظفات الكبريتية :

وأشهرها هو (درفت) ، وسُمي بهذا الاسم لأنه كبريتات (Sulphate).

٢ – المنظفات النوشادرية الرباعية :

وهي التي تنشأ من أملاح النوشادر (الأمونيا) .

فمثلاً المنظفات الزفيرية (Zephiran Detergents) لهـــا خواص عديدة لا توجد في الصابون ، فهي صالحة للاستعمال في الماء العسر لأن أملاحها لا تتفاعل مع الأملاح الموجودة فيه ، كما أنها تكون الرغوة بسهولة في الماء في أي درجة حرارة ، كما وجد أن لها تأثيرات تطهيرية أيضاً .

أجرى العالم برايس (Price) تجارب عديدة على الصابون ، فاستعمل عدة أنواع من الصابون في دراساته على تنظيف الجلد ، فأجرى تجارب على:—

ا — الصابون الأخضر .

ب — الصابون العادي .

ج — صابون زيت الخروع .

د — أنواع صابون الوجه (التواليت) .

ولم يكن مضافاً الى أي منها أي — مبيد للجراثيم — وقد أثبتت تجاربه وبعض التجارب الأخرى ، أن جميع أنواع الصابون تنظف الأيدي جيداً ، ومع أن بعض صابون التواليت المعطرة تترك رائحة عطرة جميلة على الجلد ، إلا أن قيمتها كعامل تنظيف لا تتأثر سواء بالعطور المضافة أو بثمنها الغالي .

ولأن العدوى بالبكتيريا العقدية ، أصبحت مشكلة كبيرة في المستشفيات ، فانه يطلب عادة استعمال الصابون والمطهرات التي تحتوي على مبيدات للجراثيم عند غسل الأيدي ، ويستعمل هذا الإجراء غالباً في (غرف العمليات) ، (غرف الإفاقة) ، (وحدات العزل) .

وينصح البعض باستعمال هذه الأنواع ، في جميع وحدات المستشفى ، وقد وجد أن الإكسا كلورفين (G 11) و البيثيونال (أكتامر Actamer) ، وهي من مركبات الفينولين ، وجد أنها إضافات ثمينة للصابون والمطهرات .

والفيسو هكس Phiso Hex ، والسبتيسول ، هي أمثلة للمنتجات التجارية التي تحتوي على المركبات السابقة ، وهذه المركبات تؤثر بصفة مبدئية على البكتيريا والفطر ، وبتكرار استعمالها تقل البكتيريا إذ أن تأثيراتها المستديمة تقللها الى حد بعيد .

وكلوريد البنزالكونيوم Benzalkonium Chloride المعروف باسم

(زفيران Zephiran) ، هو مركب آخر من مركبات الأمونيوم الرباعية المطهرة ، وقد أثبت أنه مطهر جيد ، ومنظف عند استعمال الصبغات الكحولية ، ولكنه محدود الأثر عند وجود المواد العضوية كالدم والمصل ، وليس له الأثر المستمر الذى تكونه مركبات للفينولومين .

والزودوفور (Zodophore) المعروف باسم فيراك (Virac) ، هو مركب يودي ، يعمل مبيداً فعالاً للجراثيم التي توجد على الجلد ، وكذلك البروفيدون ايودين(Providone iodine)المعروف باسم البيتادين Betadine ، هو الآخر مادة مطهرة .

ويلاحظ أن ماء الصنبور ، له نفس تأثير الماء المقطر في تنظيف الجلد ، والميكروبات القليلة (غير المرضية) الموجودة في ماء الصنبور ، لا تبقى على الجلد أثناء الغسل ، ولذلك فهى تزول بسهولة .

ثالثاً : طريقة غسل الايدي :

أجريت تجارب عديدة قبل أواخر القرن الماضي ، على أصول غسل الأيدي ، وكثير من هذه التجارب ، كانت ذات علاقة بتنظيف اليدين قبل إجراء الجراحة ، وذلك عند إجراء التعقيم الجراحي ، والطرق التي سنذكرها خاصة بالغسل لغرض التعقيم الطبي .

وقد أوضح كثير من الباحثين ، أهمية أنواع معينة من المطهرات لتنظيف الأيدي منعاً لنقل العدوى . ولذلك فاذا لم يكن هناك سبب للاعتقاد بأن الأيدي تحمل ميكروبات مرضية مستديمة على الجلد ، فانه لا ضرورة في مثل هذه الحالات لاستعمال المطهرات عند اجراء التعقيم الطبي .

وأهم الاحتياطات الواجب مراعاتها هي :-

١ - عند وجود البكتيريا المؤقتة (غير الدائمة) ، التي تحملها اليدين

أثناء العمل اليومي – يمكن ازالتها بسهوله – بالغسيل العام بالصابون والماء أو مطهر مع الماء لمدة من ١/٢–١ دقيقة .

٢ – اذا كانت الأيدي ملوثة بأحد هذه المواد :

ا – الدم .

ب المواد الصديدية .

ج – المخاط .

د – اللعاب .

هـ – افرازات الجروح .

فيجب أن تغسل الأيدي لمدة ٢ – ٣ دقائق ، ويمكن استعمال فرشاة معقمة – اذا كانت الأيدي ملوثة بشدة – ولكن يجب استعمالها بحذر كامل، لأنه من السهل ادخال الميكروبات في فتحات ومسام الجلد في هذه الحالة ، مما يؤدي الى حدوث العدوى وابقاء الميكروبات في هذه الفتحات .

ويجب أيضاً تنظيف تحت الأظافر بشظية معقمة مع الاحتراس من خدش الجلد ـ واذا كانت الأظافر معتنى بها صحياً ، فلا حاجة لهذا الاجراء مع كل غسيل للأيدي ـ بل يستعمل هذا الاجراء فقط في الحالات التي تقتضي ذلك .

٣ – من الأفضل غسل اليدين بالماء الجاري في حوض ذي بالوعة ذات فتحات سفلى يمكن التحكم فيها بالقدم ، واذا كان هذا التحكم يجري باليد ، فيحسن التأكد من أنها نظيفة وليست ملوثة .

كما يجب استعمال منشفة ورقية لفتحها وغلقها .

أما اذا اقتضت الضرورة استعمال إناء ، فيجب تغيير الماء فيه عدة مرات أثناء الغسل وبعد استعمال كل شخص ، ويجب اعتبار الجزء الداخلي للاناء ملوثاً .

٤ – عند استعمال قطع الصابون في التنظيف ، يجب التقاطها عند ابتداء فترة الغسيل ، والإمساك بها أثناءه ، ثم تشطف الصابونة بعد الاستعمال وتوضع في إناء الصابون .

ويفضّل استعمال إناء للصابون يسمح بتسرب الماء للمحافظة على الصابون ، وإذا استعملت فرشاة، فتمسك قطعة الصابون علىظهر الفرشاة عند استعمالها، ويحسن بوجه عام استعمال الصابون السائل .

٥ – الأيدي والأذرع يجب ابقاءها منخفضة عن المرفق أثناء فترة الغسيل، حتى لا يتسرب الماء القذر الى الذراعين . ثم تجفف الأيدي بعد الغسيل أو الشطف في منشفة خاصة .

كما يحسن استعمال (كريم) بعد الغسيل ، للمحافظة على نعومة الجلد ومرونته ، فالجلد المقشف (الجاف) أو الخشن يصعب المحافظة على نظافته ، كما أنه يتشقق بتكرار الغسيل .

٦ – اذا احتكت الأيدي بداخل الحوض أثناء الغسيل، أو بإناء الصابون، فيجب إعادة الغسيل مرة أخرى . ومن المفروض وضع جهاز توقيت قريباً من الحوض حتى يمكن تحديد فترة الغسيل .

٧ – المحافظة على نظافة الايدي – بصرف النظر عن الطريقة التي اتبعت في التنظيف – هي مسئولية شخصية لكل انسان راعٍ لأهمية نظافة الأماكن بصفة عامة ، وتقديره لصحته وصحة الآخرين .

وعلى الذين يرعوْن المرضى ، أن يغسلوا أيديهم مباشرة ، بعد رعاية كل مريض ، أو بعد استعمال الاجهزة والأدوات اللازمة لرعايته .

رابعاً : التعقيم الطبي في الحياة اليومية وممارسة التمريض :

سبق أن أوضحنا ، أهمية العناية بالأجهزة والأدوات ، كما ذكرنا الطرق

الفنية المتبعة والتي هي جزء هام من التعقيم الطبي ، والممرضة مسؤولة عن مراعاة هذه الطرق بجميع أشكالها أثناء عملها .

إدارات المغاسل والتدبير المنزلي في المؤسسات الصحية ، تراعي التعقيم الطبي في أعمالها ، للمساعدة على ضمان سلامة البيئة . وبما أن هذه الإدارات لا تقع – في معظم هذه المؤسسات – في اختصاص الممرضات ، فلذلك لن نذكر هنا الطرق المتبعة فيها ، ولكننا نذكّر دائماً بأهمية دور الممرضة في المحافظة على أن تكون المؤسسات الصحية أماكن آمنة للمرضى وللعاملين فيها.

والأمثلة التالية ، تساعد على بيان أن التعقيم الطبي ، هو عملية دائمة في الحياة اليومية ، وليس عملية خاصة بالمرض فقط .

١ – تستعمل المناشف الورقية ، في الاماكن التي يشترك فيها عدد كبير من الاشخاص في استعمال وسائل الغسيل .

٢ – تستعمل الأكواب الورقية ، بدلاً من الاكواب الزجاجية ، كإجراء صحي هام ، حيث لا تتوفر منابع صحية للشرب .

٣ – أنابيب المص المستعملة في شرب المياه الغازية والسوائل المختلفة ، تُلَفّ كل منها على حدة ، حتى لا تتلوث بإمساكها .

٤ – تزود المقاهي والكافتيريات والمطاعم ـ عادة ـ زبائنها بملاقط لاستعمالها في إمساك الخبز .

٥ – الوسائد والحشيّات (المراتب) ، يجب تعقيمها قبل بيعها ، ووضع بطاقة عليها تبين أنها عُقمت .

٦ – يطالَب الحلاقون ومصففو الشعر ، بتعقيم الامشاط وغيرها من الادوات ، بعد استعمالها لكل عميل .

هذه كلها أمثلة قليلة ، تمثّل استعمال التعقيم الطبي في الحياة اليومية . وسنذكر هنا أيضاً بعض الامثلة الاخرى من المنازل :

أ – تغسل الطبّاخة في المنزل ، يديها قبل تحضير الغذاء ، كما أنها تشوي اللحوم في درجة حرارة عالية لضمان سلامتها .

ب – تغسل الشغالة الفواكه والخضر غير المطهية قبل تقديمها .

جـ – تعلّم الاطفال ، أن يغسلوا أيديهم قبل الطعام ، وبعد ذهابهم للمرحاض .

د – يُمَدُّ كل فرد بالمنزل بأدوات خاصة للاستعمال مثل المناشف وفرَش الأسنان .

إن فهم الغرض من التعقيم الطبي في الحياة اليومية ، يسهّل على الممرضة ، فهم الأهمية القصوى لهذا التعقيم عند ممارسة عملها في التمريض .

وتشترك الممرضات – كعضوات في الفريق الصحي – في الايجابيات الأولية للمحافظة على الصحة ، ومنع الامراض . إذ أن اعتبارات المحافظة على الصحة ومنع الامراض ، ليست حقائق مجرّدة ، ولا يمكن تعليمها بأسلوب منفصل ، بل يجب إدماجها في الحياة اليومية ، ويمكن للممرضة أن تكون معلّمة في ذلك الميدان ، بالتعليم المباشر ، وبالأمثلة التي تقدمها .

إن العناية بالمرضى بأمراض معينة ، هي ناحية فقط من النواحي . أما الأهم فهو معرفة أن كثيراً ممن يطلَق عليهم « أشخاص أصحاء » ، هم غالباً مصدر خطر للآخرين .

فمثلاً الإنسان الذي هو في الاطوار الاولى من العدوى التنفسية ، ولم تظهر عليه بعد الاعراض المؤكدة للمرض ، كالعطس وتدميع العين – هو مثال شائع لكل إنسان .

ولأن بعض الامراض المعينة يمكن أن تنتقل بطريقة غادرة ، أوجدت تعليمات يحتم القانون إتباعها في معظم المجتمعات لمنع انتشار هذه الامراض . فمنها :

١ – ما يختص بفحص المشتغلين بالأغذية .

٢ - تنظيم المؤسسات الغذائية .

٣ – إزالة الفضلات والاقذار .

٤ – إعداد وسائل التصريف (المجاري) ... الخ .

وتعتبَر هذه التعليمات – من كل النواحي ـ أنها مزاولة للتعقيم الطبي ، وهي وسائل دفاع أيضاً عند احتمال وجود التلوث .

يزاول كثير من المرضى أعمال التعقيم الطبي ـ ولو أنهم لا يطلقون عليها هذا الاسم ـ ولكنهم يزاولونها فعلاً ، إذ يقدّر هؤلاء المرضى حاجتهم الى حماية أنفسهم فيتبعونها تلقائياً .

ولا يمكن طبعاً الاعتماد على أن للمرضىالقدرة على تقدير وتقييم إجراءات التعقيم في المستشفى ، ولكنهم يكونون قادرين على هـــذا التقييم ، عندما يحكمون على الاجراءات التي يرونها تتّبَع في المطعم أو في مخزن الاغذية أو غيرهما من الاماكن ، في ضوء تأثيرها عليهم . وبما أن لديهم ـ غالباً ـ بعض المعرفة في هذا المجال ، فمن الطبيعي أن ينتظروا من الممرضة ، أن تمارس الوسائل الصحية الجيدة في كل ما تعمله وتؤديه ، مثل نزع أغطية الفراش وحملها ، أو عندما تغسل أي أداة ، أو عند زيارتها لمريض، أو عنايتها بطفل يحتاج الى تعليمه الوسائل الصحية ، ومع ذلك فيمكن تعليم الوسائل الصحية الفعّالة للتعقيم الطبي ، بطريقة جيدة ، اذا كانت الممرضة تتبع بدقـــة القواعد المقررة .

وإذا لاحظت الممرضة اتباع قواعد التعقيم الطبي ، فإنها تضمن للمرضى ولنفسها ، الحماية التلقائية ، وبذلك تقلّل الممرضة فرصة إمكانية أن تكون هي الوسيط الذي يمكن بواسطته تلويث شخص آخر أو مكان آخر .

والأمثلة الآتية ، تبين الأعمال التي تقوم بها الممرضة ، والتي تعتمد على

أن اتباع وسائل الوقاية النموذجية والعناية الفردية –في عمل الممرضة اليومي– هي التي تقاوم انتشار الأمراض .

أ ـ العادات الصحية الشخصية :

وهي تكفل أحسن مستوى صحي ممكن في كل الأوقات وهي :

١ ـ تناول وجبات غذائية صحيحة .

٢ ـ الحصول على راحة كافية .

ولهذين الإجراءين أهمية كبيرة ، إذ أنهما يساعدان الجسم على مقاومة العدوى ، والتغلب عليها اذا حدثت .

٣ ـ غسل اليدين جيداً ، وبخاصة قبل امساك الطعام أو تناوله ، وبعد استعمال المناديل ، وعقب الذهاب الى المرحاض ، وبعد الاتصال بكل مريض .

٤ ـ تنظيف تحت الاظافر تنظيفاً جيداً ، لحفظ هذه الاماكن نظيفة وخالية من المواد الملوثة .

٥ ـ المحافظة على عدم لمس الادوات والاجهزة الملوثة بملابسها .

٦ ـ تحاشي ملامسة الاقمشة والاشياء المستعملة القذرة لملابسها .

٧ ـ الامساك بملابسها حتى لا تلمس الارضية أو أي منطقة ملوثة ، عند انحنائها أو تراجعها .

٨ ـ تمنع أن يعطس المرضى أو يكحوا أو يتنفسوا مباشرة ، في مواجهة الآخرين ، وذلك بتزويدهم بمناشف لتغطية أفواههم –عندما يكون اتصالهم ضرورياً– مثل أثناء إجراء الاختبارات لهم .

ب ـ تنظيف الاشياء المستعملة أو القذرة والتخلص منها :

١ ـ تنظف الممرضة نفسها ، وبخاصة باستعمال الفرشاة ، وذلك لإزالة

الغبار أو الاجسام العالقة ، فإن هذا يمنع من تعلّق الغبار بالشعر أو الوجه أو الملابس .

٢ – تجنب إثارة الغبار ، باستعمال الأقمشة المخصصة لذلك أو الأقمشة المبلّلة .

٣ عدم تنفيض الملاءات ، إذ أن أجزاء الغبار، قد تشكل وسيلة لنقل البكتيريا من مكان الى آخر .

٤ – تنظيف أقل الأماكن قذارة أولاً ، ثم الاكثر قذارة ، إذ أن هذا يساعد على منع اتساخ الأماكن الاكثر نظافة من الأماكن الاكثر قذارة .

٥ - وضع الأشياء القذرة أو المستعملة ، في الأوعية الخاصة بذلك مباشرة .

٦ – حزم الأشياء المبلّلة وبخاصة بالبول أو افرازات الجسم، قبل وضعها في الوعاء ، حتى لا تتصل بها الأشياء الأخرى الموضوعة فيه .

٧ – صب السوائل المراد إزالتها، مثل ماء الاستحمام وسوائل المضمضة... الخ . مباشرة في البالوعة ، لتجنب انتشارها في الحوض ، وقد تستعمَل في بعض المؤسسات الصحية ، بالوعات خاصة للسوائل الملوّثة .

٨ – تعقيم الاشياء التي ينتظر أن تكون الجراثيم المرضية عالقة بها ، إذ أنها تعتبر نظيفة بعد التعقيم .

خامساً : مشكلة العدوى بالبكتيريا العنقودية في المستشفيات :

قبل منتصف القرن العشرين (عام ١٩٤٠ م) ، اعتبر موظفو المستشفيات أنفسهم ، أنهم على علم تام بأخطار العدوى التي تنتقل بالمستشفيات ، وأنهم على دراية بطرق مقاومتها ومنع انتشارها .

وعند ظهور أي عدوى ، كان كل فرد منهم يهتم بتقصي أسبابها ووسائل منعها ، وتـُتـَبـّع فوراً وسائل التعقيم بكل دقة ، وكانت نتيجة هذه الجهود أن مُنع نقل العدوى بالمستشفيات بنجاح كبير .

ثم ظهر عصر المضادات الحيوية (Anti-Biotics) ، وباكتشافها أمكن معالجة كثير من الامراض المعدية علاجاً سهلاً وسريعاً وأكيداً . ولا يعتقد موظفو المستشفيات أن اكتشاف أنواع العلاج الكيماوية، هو سبب كافٍ لإهمال وسائل نقل العدوى المتبعة في المستشفيات بصفة عامة ، ولكن ظهرت بعض التغيرات في تصرفاتهم، إذ ابتدأوا بصفة عامة في إهمال طرق التعقيم ، ومع تعليمهم الطرق الجيدة لهذا التعقيم فإنهم لا يمارسونها – إذ استبدلت طرق التعقيم القديمة بغيرها حديثة سهلة الإجراء تستغرق وقتاً أقل .

وقد صدرت تحذيرات مبكرة كثيرة وكافية ، بأن تكرار استعمال المضادات الحيوية يمكن أن يُحدِث قوة مقاومة عند بعض الميكروبات – كما عرف كل انسان أن هذه العقاقير ما هي إلا موازنات بكتيرية Bacteriostatics فقط ، وأنها لا تقضي على البكتيريا .

ولكن هذه الحقائق والتحذيرات تجوهلت ، وأعطي اطمئنان لا محل له لإمكان هـــذه المضادات الحيوية على الحماية من العدوى ومنعها بالقضاء على الميكروبات . وانتشر استعمالها – بدون تمييز – انتشاراً كبيراً ، وكانت النتيجة ظهور قوة المقاومة من نوع واحد منها على الأقل وهو « البكتيريا العنقودية » ، وكان ظهور هذه النتيجة أسرع مما كان متوقعاً ، إذ أن النوع المعروف باسم « ستافيلوكوكس أوريوس » (Staphylococcus Orius) وهو أشهر الميكروبات المقاومة ، زادت مقاومته ، وانتشرت الإصابة به ، حتى أصبح مشكلة عالمية في المستشفيات والمجتمعات .

منشأ وانتشار الاصابات بالبكتيريا العنقودية (استافيلوكوكس) :

عندما انتشرت العدوى في المستشفيات، تساءل البعض: هل هذه العدوى نقلت داخل المستشفيات ...؟

وأعطي تعليلاً بأن المرضى كانوا يحملون العدوى قبل دخولهم المستشفيات، وظهرت عليهم أعراضها بعد دخولهم كنتيجة لمرضهم .

ولكن الأبحاث أظهرت فيما بعد ، أنه من المشكوك فيه حقيقة ، أن يكون المرضى قد دخلوا المستشفى وهم مصابون بها دون أن تظهر عليهم أعراضها المختلفة ، وأن البكتيريا العنقودية كانت مهيأة جيداً لإيجاد العدوى في بيئة المستشفى ذاتها .

فمثلاً أثبتت إحدى الدراسات أن هذه البكتيريا ، يمكن أن تعيش – لشهور عديدة بل لسنوات – في الغبار والفراش ، كما أنها توجد في بعض الأحيان في الفجوات الأنفية للموظفين والمرضى على السواء ، ودون أن تظهر عليهم أعراض العدوى . وبذلك يمكنها أن تنتقل من شخص الى آخر بواسطة المفارش ، والمراتب ، التي تنظّف عادة بطريقة عشوائية ، هذا اذا نظّفت بين مريض وآخر .

كما أثبتت هذه الدراسة نفسها – أن كثيراً من الأشخاص الموجودين كانوا حاملين للمرض ، وكذلك المولودين الجدد أو المصابين بخدوش في الجلد حتى من الحقن الوريدية .

وأثبتت دراسة أخرى أن أيدي الموظفين بالمستشفى تنشُر الميكروبات بين المواليد الجدد ، كما وُجد أن أرض المستشفيات هي مخزن للعدوى بها .

وقد وجدت المستشفيات أنه لا توجد مجموعة خدمة علاجية ، أو مجموعة من أي سن كانت ، يمكن أن تكون معفاة من العدوى التي تنتقل فعلاً ويصعُب علاجها .

منع ومراقبة اصابات البكتيريا العنقودية (Staphylococci) :

نبّه انتشار البكتيريا العنقودية في المستشفيات، الى ضرورة اتخاذ إجراءات بين جميع العاملين – في المجال الصحي – لمنعها .

وتحوي كثير من المجلات الصحية والدوريات الفنية ، الكثير من المعلومات والاجراءات ، التي تبين أخطارها وطرق منع العدوى بها في المستشفيات ، وهي تدعو بصفة عامة الى وجوب :

ا – مراعاة النظافة التامة .

ب العودة الى اتباع وسائل التعقيم الفنية .

وقد عقدت كثير من المؤتمرات لدراسة هذه المشكلة ، وفي أحد المؤتمرات الخاصة بالعدوى بالبكتيريا العنقودية – الذي دعت اليه الجمعية الطبية الأمريكية – تقرر بالإجماع في نهاية المؤتمر :

١ – أن خطورة انتشار وزيادة العدوى في المستشفيات ، تقتضي اتخاذ اجراءات حاسمة فيها وفي المجتمع لمنع زيادة انتشارها .

٢ – ضرورة البحث المستمر لمعرفة الميكروبات المسببة وطرق السيطرة عليها .

وفي مؤتمر آخر عقد بالتعاون بين « الهيئة العامة للخدمات الصحية » و « مجلس الأبحاث الوطني » في امريكا ، تقرر بالإجماع :

١ – التوصية بالكشف المبكر عن الإصابات بالبكتيريا العنقودية في المستشفيات .

٢ – اتخاذ اجراءات صارمة لمنع انتشارها .

٣ – أوصي بزيادة الأبحاث ، لإيجاد اجراءات أفضل ، لمنع هذه الاصابات ومعالجتها .

وقد عُرف أن الدائرة الوبائية للعدوى الطارئة في المستشفيات تعود الى ستة عوامل هي :

ا – الميكروب نفسه .

ب حاملو الميكروب .

جـ – الهواء .

د – الأشخاص المصابين .

هـ – الأشياء الملوثة في البيئة .

و – العائل .

ويتضح من ذلك ، تعدد وسائل انتشار العدوى ، وأن التحكم في انتشار العدوى الوبائية باعتبار أن الانسان عامل أساسي في نشرها – هامة جداً .

إذ أنها تعتمد على :

١ – جودة وسائل التدبير المنزلي .

٢ – التهوية الصحيحة .

٣ – التبليغ المباشر عن وجوب الاصابة .

٤ – العناية بحاملي الميكروب .

٥ – اتباع وسائل التعقيم الجيدة .

٦ – الاستمرار في تعليم العاملين في المستشفيات، والجمهور الذي تعنى به المؤسسات الصحية .

سادساً : علاقة الممرضة ودورها في العدوى بالبكتيريا العنقودية :

نظراً لأن احدى المسئوليات الكبرى للممرضة وهو :

« حماية الانسان من المرض » – يعتمد على منع انتشار الميكروبات المسببة للأمراض – فعلى ذلك تبدو أهمية :

١ – النظافة الكاملة .

٢ – التعقيم التام .

وهو ما يُلزم كل ممرضة بأن تحافظ محافظة شديدة على النظافة التامة ، واتباع أدق الطرق الفنية للتعقيم .

وهذه المسئولية ، تعتمد على ممارستها الخاصة أيضاً ، فدور الممرضة في مراقبة المستخدمين المساعدين قد سبق ذكره في هذا الكتاب ، وكذلك تعليمهم أسس النظافة والتعقيم الطبي المتقن ، وإرشادهم بعد ذلك في أداء عملهم ، ومراقبتهم ، هي مسئولية لا يمكن لأي ممرضة أن تتجاهلها .

ومع أن كثير من المؤسسات الصحية ، لها مغاسلها وأقسام تدبيرها المستقلة ، الا أن الممرضات قادرات دائماً على تقديم الاقتراحات ، وعلى التركيز على نظافة مستخدمي هذه الاقسام .

كما أن مسئولية تعليم المرضى وزوارهم – هي مسئولية ثابتة دائمة – فبتعليم هؤلاء الأشخاص ، وبإعطائها المثل الصحيحة في أعمالها ، فان الممرضة تنقل بذلك المعلومات الاساسية ، التي تساعد على مراقبة العدوى في المستشفيات .

الفصل التاسع

قواعد وطرق التعقيم الجراحي

أولا : تعريف قواعد وطرق التعقيم الجراحي :

بينما تُوجَّه إجراءات التعقيم الطبي ، الى الحدّ من فعالية الميكروبات التي تُسبِّب الأمراض ، فإن إجراءات التعقيم الجراحي ، تُوجَّه إلى إستبعاد كل أنواع الميكروبات .

ويُقبَل في التعقيم الطبي اعتبار – أن العائل عنده مقاومة لأنواع عديدة من الميكروبات ، سواء كانت مَرَضيّة أو غير مَرَضيّة – وعندما تضعُف القُدرة الوقائية الطبيعية للعائل، يجب بذل كل جُهد لمنع اتّصاله بالميكروبات المرضيّة .

ويمكن توضيح ذلك ، بحالة الجُرح الذي يُلوّث ، فتظهر على العائل أعراض الحمّى وعدم الرّاحة . والجلد كما هو معروف يُقدّم الحماية للعائل ، ولكنه عندما يتحطّم عفوياً أو من جرّاء حادث ، يصبح لدى الجراثيم المرضيّة ، مَدخَلاً جيداً للدخول محلياً ثم بانتظام .

والإجراءات التي تُتّخذ نحو معالجة جرح مفتوح ، والتي لا تعنى بطرد الميكروبات، قد لا تُقدّم حماية كافية للعائل، وعندئذ يكون التعقيم الجراحي ضرورياً .

فكل الأشياء التي قد تلمس سطح الجلد المُحطّم ، أو التي تُستعمل

لاختراق سطحه لحقن المواد في الجسم ، أو لدخول تجاويف الجسم – يجب أن تكون كلها معقمة .

وكأمثلة لهذه الأشياء ما يأتي : –

١ – الأربطة التي تستعمل لتغطية الجروح والشقوق .

٢ – إِبَرَ الحُقن .

٣ – القساطل التي تُستعمل لإنزال البول من المثانة .

مثل هذه الأشياء ، يمكن تعقيمها بالطرق المبينة في (الفصل الثامن) ، ومع ذلك فيجب اتخاذ إحتياطات كاملة عند إعداد هذه الأدوات المُعقَّمة للاستعمال عند إخراجها من لفافاتها أو نَقلها من مكان الى آخر .

وبما أن الأيدي ليست مُعقَّمة ، فمن الواضح أنّه يجب أن لا تلامس الأشياء المعقمة إلا بعد ارتداء قفازات معقمة – كما يُجرى في غرفة العمليات أو غرفة الإنعاش ، وكمُساعدة في تناول الأشياء المعقمة تستعمل (جفوت المناولة) المعقمة – ومع وجود عِدّة أنواع من هذه الجفوت ، فإن هناك اختلافاً بسيطاً في طريقة استعمالها .

ثانياً : اهمية جفوت المناولة المعقمة للتمريض :

الاستعمال النموذجي (لجفوت المناولة) يتضمَّن :

١ – نقل الأدوات من المُعقِّم أو المُطهِّر الكيميائي .

٢ – نقل الأدوات المعقمة من مخزن التعقيم .

٣ – نقل اللّفات المعقمة .

٤ – نقل الأجهزة المعقمة من مكان الى آخر .

وتُحفَظ (جفوت المناولة) في أوعية مُعدّة للإستعمال السّهل ، فبعد تعقيم الوعاء والجفوت ، يُوضَع مُطهِّر كيميائي في الوعاء ، طرف الجفوت والجزء الداخلي للوعاء معقمة ، وكذلك أيدي الجفت ، وقمة وحواف الإناء ،

وهي الأجزاء التي لا تتصل بالمُطهّر ، وتبقى نظيفة ولكنها غير معقمة .

ويجب وضع بطاقة على الوعاء تُبيّن أنه معقم ، ويَحسُن أن يُبيّن عليها تاريخ ووقت التعقيم ، وتوجد عدة طرق لإجراء ذلك مثل :

١ - بعض المؤسسات يمكنها تثبيت كلمة « مُعقّم » محفورة على المعدن أو مطبوعة عليه ، ويقوم الشخص الذي أجرى تعقيم الوعاء والجفوت ، بلصق شريط معدني بقاع الوعاء مبيّناً فيه تاريخ ووقت التطعيم .

٢ - بعض المؤسسات الأخرى تعقّم الأوعية والجفوت يومياً ، بواسطة الأوتوكلاف ، أو تبين أنها عُقّمت في الوحدة المركزية للتعقيم .

وهناك أسباب عديدة ، تدعو الى وضع البطاقات على الأوعية والجفوت ، فمثلاً :

ا - يمكن استعمال جفوت المناوله في حماية العاملين بالتمريض ، عند الإمساك بالأجهزة المُلوّثة ، فمثل هذه الجفوت يجب أن توضع عليها بطاقة تُبيّن أنها مُلوّثة .

ب - تعتبر هذه البطاقات، مُذكّراً جيداً لكل من يستعملون الجفوت ، وبخاصة الأطباء ، الذين لا يعرفون دائماً القواعد المتّبعة في كل مؤسسة ، وكذلك الممرضات اللاتي تعلّمن في مؤسسة تعقم فيها كل الجفوت ، وقد تنتابهن الحَيْرَة عند ما يُجابهن بطريقة أخرى .

الجفوت التي تستعمل على عربات الغيار الجراحية ، تكون عُرضة للتلوث لاستعمالها المتكرّر المختلف ، ويجب على الأقل تعقيمها يومياً .

وفيما يختص بالإصابة بالعدوى في المستشفيات ، تلجأ بعض المؤسسات، الى تقليل استعمال الجفوت المعقمة في عربات الغيار ، وذلك باستعمال لفافات معقمة للغيار .

ثالثا : القواعد التي يعتمد عليها في استعمال جفوت المناولة :

الغرض من هذه القواعد ، هو استعمال جفوت مناولة ، بطريقة لا تؤدّي الى تلوُّث أطراف الجفوت أو تلوُّث الجهاز المعقم .

الأداء المقترح	القاعدة
١ – ضعي جفت مناولة واحد ، في كل وعاء – لمنع لمس أطراف الجفت عند تناول جفت مُناولة آخر أثناء تحريكه من الوعاء .	المنطقة المُعقّمة تصبح ملوّثة عند لمسها لأشياء غير معقّمة .
٢ – عند أخذ الجفوت من الوعاء – حافظي على أن يكون طرفي جفت المناولة متلاصقين وارفعي الجفت ، دون لمس أي جزء من الوعاء .	المنطقة المعقّمة ، تصبح ملوّثة عند لمسها لأشياء غير معقمة .
٣ – إمسكي الجفت بثبات، بحيث يكون طرفاه متجهين الى أسفل لمنع المحلول من الوصول الى المنطقة الملوّثة وأيدي الجفت ، ومن ثَمَّ الى أسنانه المعقّمة .	تنساب السوائل في اتجاه قوة الجاذبية .
٤ – اضبطي سِنَّي الجفت بهدوء فوق الوعاء مباشرة ، لإزالة السائل الزائد (يجب عدم ضبطها على حافة الوعاء) .	المنطقة المعقّمة تصبح ملوّثة عند لمسها لأشياء غير معقمة .
٥ – اجعلي أسنان الجفت ، قيد نظرك عند استعماله .	الأشياء المعقّمة البعيدة عن النظر ، يمكن أن تلمس أشياء أخرى غير معقّمة بالصدفة – والمنطقة المعقّمة تصبح ملوثة عند لمسها لأشياء غير مُعقّمة .

رابعاً: التعقيم الجراحي Surgical Asepsis

جفوت المناولة المعقمة ، هامة في التعقيم الجراحي ، فبالإضافة الى القواعد التي تتحكّم في استعمال هذه الجفوت ، توجد احتياطات اخرى تصاحبها في التعقيم الجراحي ، وهي جميعاً تعتمد على الحاجة الشديدة لمنع تلوُث أي شيء أو مكان معقم .

بعض الإجراءات تعتبر إجراءات حرص شديدة ، ولكنها في الحقيقة عندما يكون التعقيم أمر جوهري ، من الأفضل أن نتشدد في جانب السلامة وألاّ نترك أقل فرصة للتلوُث .

اجراءات احتياطية ضد أي تلوُث محتمل عند اجراء التعقيم الجراحي :

١ - يجب عدم الخروج أو العودة الى مكان معقم - لمنع حدوث التلوث .

٢ - يجب تجنُّب الحديث أو الكح أو العطس أو مد الذراعين فوق مكان أو شيء معقم ، وذلك لمنع التلوُث برذاذ الأنف أو الفم ، أو من القطرات التي تتساقط من الذراع المحدودة .

٣ - يجب الإمساك بالأشياء المعقمة فوق مستوى وسط الإنسان - إذ يضمن ذلك بقاء الأشياء في متناول النظر ، وبذلك نتجنّب التلوُث الفجائي.

٤ - يجب تجنُّب إراقة أيّ محلول على قماش أو ورق تمّ تعقيمه ، إذ أن البلَل سينفذ خلال الجزء المعقم ، وقد يجعله الانتشار الغشائي غير آمن ، كما أن المكان المُبلَّل المعقم يعتبر دائماً ملوثاً ، إذا كان السطح الذي يليه مباشرة غير معقم .

٥ - عند فتح اللفافة المعقمة ، يجب إبعاد حواف اللفافات عن الشخص الذي يفتحها ، حتى نتجنّب إمكان لمس السّطح المعقم للملابس .

أوعية التعقيم Sterile Containers

تُستعمل أوعيـة التعقيم – في بعض الأحيـان – لتخزين بعض الأدوات المعقمة مثل : الحقن وأدوات الغيار الجراحية المختلفة .

وهناك حدود لاستعمال هذه الأوعية ، إذا كان التعقيم الدّقيق مطلوباً .

ففي كل مرة يُفتَح فيها غطاء الوعاء أو يُحرّك ، يجب اعتبار أنه أمكن تسرّب جزء مُعيّن من الهواء الملوّث إلى الوعاء .

هذا بالإضافة الى أن استعمال وعاء عاماً بواسطة عدة أشخاص ، يُزيد من إمكانية حدوث التلوُّث النـاتج عن إهمـال أو عدم التعوُّد على الاحتياطات الواجبة .

ولكن نظراً لأن الأوعية المعقمة مفيدة في بعض الأحيان – كما أنهـا قد تكون ضرورية في أحيان أخرى – فيجب فهم بعض الملاحظات عنداستعمالها.

القواعد التي يرتكز عليها العمل في استعمال أوعية التعقيم المغطاة :

الغرض من هذه القواعد، هو استعمال هذه الأوعية بطريقة لا يتلوّث فيها الوعاء أو محتوياته أثناء نقلها .

الوسائل المقترحة	القـــاعدة
١ – يُحرَّك غطاء الوعاء بالقدر اللّازم فقط ولأقل فترة مُمكنة .	التيارات الهوائية قادرة على حمل الأجسام الملوثة .
٢ – يُرفع الغطاء عن الوعـاء ، بحيث يكون الطَّرف السُّفلي للغطاء متجهاً الى أسفل .	التيارات الهوائية قادرة على حمل الأجسام الملوّثة .
٣ – يُقلب الغطاء عند ضرورة وضعه جانباً فقط .	الاتصال بسطح غير معقّم ، يلوّث الشيء المعقّم .
٤ – يجب اعتبار أن حافة الغطاء وحافة الوعاء ملوّثتان .	تقريب حـافة الغِطاء للأسطُح المعرّضة ، ثم حافة الوعاء ، تجعـل تعقيمها أمراً مشكوكاً فيه .
٥ – يجب عـدم إعـادة الأشياء المعقمة غير المستعملة الى الوعـاء بعد إخراجها منه .	التيارات الهوائية قادرة على حمل الأجسام الملوّثة .

إن ضمانة الحصول على أدوات نظيفة تماماً ، ومفحوصة فحصاً دقيقاً ، ومعقمة في جهاز تعقيم مركزي ، لا يمكن تقييم فائدتها .

وليس ذلك لأنها إجراءات يُعتَمَد عليها إلى حدّ كبير فقط ، ولكن لأنها ذات أثر كبير في عمل وقيمة هذه الادوات .

كلُّ وحدة تعقيم ، تُعِدُّ أجهزتها لمواجهة المتطلّبات المطلوبة منهـا ، والطرق الفنيّة في المؤسسة التي تعمل بها .

والادوات التي تخرجها الوحدة المركزية ، يجب وضعها في لفافات محكمة تضمن بقاءها معقمة ، كما يجب وضع بطاقات عليها تُبيّن بوضوح محتوياتها وتاريخ تعقيمها ووقته .

وقد أجريت تجارب فردية عديدة ، بواسطة كثير من المؤسسات لتحديد طول الفترة التي تظل فيها الادوات والاجهزة معقمة .

وقد وُجِد أنه يمكن للكثير من العوامل أن تؤثّر في النتائج – كما هو معروف من دراسة القواعد المستعملة في التعقيم – مثل :

١ – نوع الغطاء المستعمل (زجاج – قماش – ورق – بلاستيك) .

٢ – كيفية وضع المُهمّات والادوات .

٣ – درجة حرارة ودرجة رطوبة مكان التخزين .

وقد أظهرت هذه الابحاث والدراسات أنه يمكن اعتبار أن مدة التعقيم هي ستة أسابيع ، أما في حالة التعقيم الجراحي فتُعتبر ١٤ يوماً فقط ، وهي مدة مناسبة لضمان السلامة ، كما أنها تسمح أيضاً بمدة كافية لاستعمال الاجهزة والادوات قبل إعادة تعقيمها .

الباب الرابع

قواعد ميكانيكية الجسم واستعمالاتها

Body Mechanics' Principles And Their Use

الفصل العاشر

تعريف وقواعد ميكانيكية الجسم

Definition of Body Mechanics

أولاً – إن معرفة قواعد ميكانيكية الجسم وتطبيقها ، هي أشياء جوهرية لصحة كل فرد .

ولا تتحقق الميكانيكية الجيدة للجسم، بمجرد اتباع بضعة إجراءات فقط.

ولكنها تتم من خلال المعرفة التي تقود العمل في كل نشاط يؤدى ، كما أن إدراكها أساس هام من أسس التمريض ، ويجب اتباعها في أي نوع من أنواع الرعاية التي يتلقاها المريض مثل :

الاستحمام ـ نقل الدم ـ استعمال علاقة ـ أو رعايته في خيمة اوكسجين.

وسنبين فيما يلي ، بعض القواعد الأساسية لميكانيكية الجسم التي تساعد الممرضة في أعمالها اليومية ، كما سنذكر بعض الاجراءات الأخرى التي تخص المريض في فصل آخر ، كما سنذكر أيضاً بعض المعلومات الاضافية الخاصة بذلك .

فمن من خلال الممارسة الجيدة للممرضة لميكانيكية الجسم ، واختبار الأسس التي ستذكر ، تزداد قدرتها على العناية بالمرضى وتعليمهم .

توجد علاقة مباشرة بين ميكانيكية الجسم والصحة ، تشبه الى حد ما علاقة التغذية أو الراحة بالصحة .

وقد وصفت هذه الميكانيكية بأنها :

« الاستعمال الكفؤ للجسم كآلة ميكانيكية وكوسيلة للحركة » فالصحة الجيدة لا تعتمد فقط على اختيارنا الأغذية الجيدة لغذائنا، بل تعتمد أيضاً على كيفية استعمال أجزاء جسمنا استعمالاً صحيحاً بحذر وكفاية بالنسبة الى القوى الداخلية والخارجية .

فمثلاً يمكن لسائق الشاحنة ، أن يتناول وجبات غذائية جيدة ، ولكنه اذا لم يفهم كيف يستعمل جسمه استعمالاً صحيحاً عند رفع جسم ثقيل الى شاحنته ، فإنه قد يؤذي نفسه وبذلك تقلّ صلاحيته الصحية .

كما أن مدبّرة المنزل ، قد تكون على معرفة تامة بإعداد وجبات غذائية صحية ، كما قد يتوفر لها كثير من الاجهزة الحديثة التي تساعدها في عملها وتؤدي الى الاحتفاظ بصحتها جيدة ، إلا أن استعمالها السيء لجسمها خلال أعمالها اليومية العديدة ، مثل الوصول الى الأماكن المرتفعة أو الانحناء أو التراجع أو حتى الوقوف ، قد يجهدها أو يؤدي الى ضعف مستواها الصحي .

إن أهمية فهم ميكانيكية الجسم ـ ليست ضرورية ومفيدة للشخص المريض فقط ـ بل هي ضرورية لكل انسان وفي كل أوقات حياته .

إن القواعد الأساسية لميكانيكية الجسم دائمة ـ وليست عند مزاولة أي نشاط فقط ـ بل أثناء الراحة أيضاً ، وذلك لأن الاستعمال الصحيح للجسم ، هو طريقة أخرى من طرق منع المرض والمحافظة على الصحة . وعلى الممرضة مسئولية تعليمية كبرى من الناحيتين المباشرة وغير المباشرة في هذا المجال .

إن العناية الكاملة بميكانيكية الجسم ، ليست مسألة طبية فقط ، تتصل بتوفير النشاط وتعويض العضلات عن خسارتها ، بل إن دراسات التجميل ، تعنى عناية كبيرة باتخاذ أوضاع جيدة للجسم وكذلك بأسس ميكانيكيته .

يطالب الكثيرون ـ عادة ـ بإعادة الأوضاع الصحيحة المطلوبة ، بواسطة مجموعة من التمرينات الرياضية وغيرها من أنواع النشاطات .

فإن العضلات البطنية المترهلة ، وأنسجة الفخذ الزائدة ، يمكن إزالتها بالاستعمال الدقيق لمجموعات عضلية معيّنة .

وإذا أمكن اختيار التفصيلات المختلفة في أساليب التجميل ، فلا شك في أننا سنجد أن الكثير منها يعتمد على تطوير الاستعمال الجيد للعضلات . فمثلاً :

١ ـ طريقة وقوف الانسان .
٢ ـ طريقة صعوده السُلّم .
٣ ـ طريقة انحنائه لرفع جسم من على الأرض .
٤ ـ طريقة رفع جسم ثقيل .

كلٌ من هذه الأعمال، يمكن أن تؤدى بدقة، وبطريقة صحيحة ، باستعمال الميكانيكية الصحيحة للجسم .

والحقيقة ، أن الاستعمال الجيد لمجموعات العضلات ، هو المفتاح الصحيح للمظهر الجيد وللأداء العضلي السليم .

وعلينا أن نتذكر دائماً ، أنه يجب استخدام مجموعة العضلات الصحيحة اللازمة لأي نشاط نقوم به ، وأن نتعود على ذلك، وهي ككل عادة يلزمُها بعض الوقت للتعود عليها ، وبخاصة اذا كان ذلك يقتضي التخلي عن عادات سابقة أخرى ـ وستكون النتيجة النهائية للاستعمال الجيد ميكانيكية الجسم، هي اكتساب صحة جيدة ومظهر جيد ، وأن يؤدي الجسم وظائفه الطبيعية بانتظام ، وهذا بدوره يُكسِب الانسان السعادة والراحة .

وعلى الممرضة ، أن تفهم وتستعمل ميكانيكية الجسم ، ليمكنها أن تحكم حكماً سليماً ، على احتياجات المريض العضلية ، ولتعلّمها له لممارستها . ويحتاج كل عمل تؤديه الى فهم وممارسة جيدين لهذه القواعد ، وذلك ابتداء من وضع كرسي بجوار فراش المريض الى رفع المريض من فراشه .

إن إدراك هذه القواعد ، هو ضرورة واضحة ، إذ أننا عندما نفقد القدرة على أن نتحرك كما نشاء ، تتأثر انفعالاتنا الداخلية ، كما تتأثر أيضاً وظائفنا الطبيعية – كالدورة الدموية والتنفس والشهية الى الطعام وعملية الهضم ... الخ .

وعلى ذلك فمن الضروري استعمال الوسائل التي تمنع حدوث ذلك منعاً باتاً، وذلك للمحافظة على أحسن مستوى صحي ممكن .

ولنفهم ماذا يقصَد بذلك كله ، يجب أن نعرّف ونشرح بعض الاصطلاحات والتصورات .

ثانياً ـ اصطلاحات ميكانيكية الجسم Terms of Body Mechanics :

تعتمد « ميكانيكية الجسم » على ضبط قواعد الرعاية التمريضية – ويعني هذا تصحيح أو منع التشوه – وبما أن ميكانيكية الجسم تهتم بمنع الأضرار عن الجهاز العضلي وحمايته ، فلذلك فتكون هذه الاصطلاحات قابلة للتغيير .

وقد عرفت الممرضات ـ منذ زمن بعيد ـ أن قواعد ميكانيكية الجسم مطلوبة في كل نواحي التمريض ، وليست مطلوبة للمصابين بكسر العظام أو بعض امراض العظام فقط .

فمثلا المريض الملازم لفراشه في راحة تامة ، يكون عرضة لفقدان توازنه العضلي ، وإذا طالت مدة راحته في الفراش ، فإنه قد يكون عرضة أيضاً للاصابة بانقباضات عضلية ، وذلك اذا لم يزاول تمرينات رياضية ولم يحرك مفاصله ، وبخاصة اذا لم تؤخذ الاحتياطات اللازمة للمحافظة على صحته ووضعه .

١ - التوازن Posture :

هو وجود العضلات السليمة في حالة طبيعية . كما أنه عبارة عن حالة ثابتة للانقباضات إلا عند النوم .

وتتقلص العضلات عادة بتقصير أليافها ، ولكن في بعض أنواع تقلّص العضلات تكون الإطالة (التمدد) هي التي تحدث ، وهي تشبه الحالة الأولى ولكن يزداد فيها طول العضلات وإجهادها .

٢ - التقلص (الانقباض) Contracture :

وهو ينتج من استمرار حالة التقلص العضلي - ويظهر عادة في العضلات المرنة أكثر من العضلات الباسطة - لأن **العضلات المرنة** أقوى عادة .

عندما تنقبض (تتقلص) العضلات المرنة ، فإنها تقلل زاوية المفصل - المكوّن عادة من عظمتين متجاورتين .

أما **العضلات الباسطة** فهي تزيد زاوية المفصل وبذلك تبتعد العظمتان . وتقلص مفصل الرُكبة والمِرفَق هي حالات شائعة وبخاصة عندما يحرَم المرضى الذين يلازمون الفراش من التمرينات العضلية التي تمنع حدوثها .

وبينما يسهل ملاحظة المريض الذي يلازم فراشه وحمايته ، فإننا نجد أن كل شخص يمكن أن يتعرض لنفس هذه المشاكل العضلية والجسمانية .

فالشخص الذي يبذل نشاطاً زائداً ، يمكن أن يُجهد نفسه ويصبح مُنهَكاً .

وفي بعض الأحيان ، عندما يكون المريض منقبض النفس ، أو يكون خامداً لسبب أو لآخر ، فإنه يصاب بنقص في توازنه العضلي نتيجة للخمود ، ويعزى ذلك للحقيقة الآتية :

« إن استعمال العضلات أساسي لاكتساب التوازن العضلي » والخمود قد يؤدي الى انخفاض ضغط الدم ، أو ضعف قوة العضلات ، أو قلة أو انعدام التوازن بوجه خاص ، كما أن الخمود المستمر يؤدي الى الهزال .

والسيدة الحامل ، يمكنها أن تستمر في أعمالها المعتادة بسهولة أكثر ، اذا تنبهت الى كيفية التوفيق بين التغيرات التي تطرأ على جسمها ووزنها – واذا كانت تعرف كيف تستعمل عضلاتها استعمالاً صحيحاً أثناء الحمل – فإن ذلك يساعدها على الوضع بسهولة .

والمرضة التي تفهم كيف تحافظ على أدائها العضلي الصحيح، تكون قادرة على رعاية مرضاها بطريقة تعجل بشفائهم ، وتقلل من خمودهم الى أدنى حد ، وكذلك تقصّر فترة نقاهتهم .

والخطوة الأولى في معرفة ميكانيكية الجسم ، هي النظر في وضعه .

٣ – الوضع Posture :

الوضع أو التشكيل الصحيح للجسم ، هو ذلك التشكيل لأجزاء الجسم الذي يسمح بوجود :

ا – توازن عضلي .

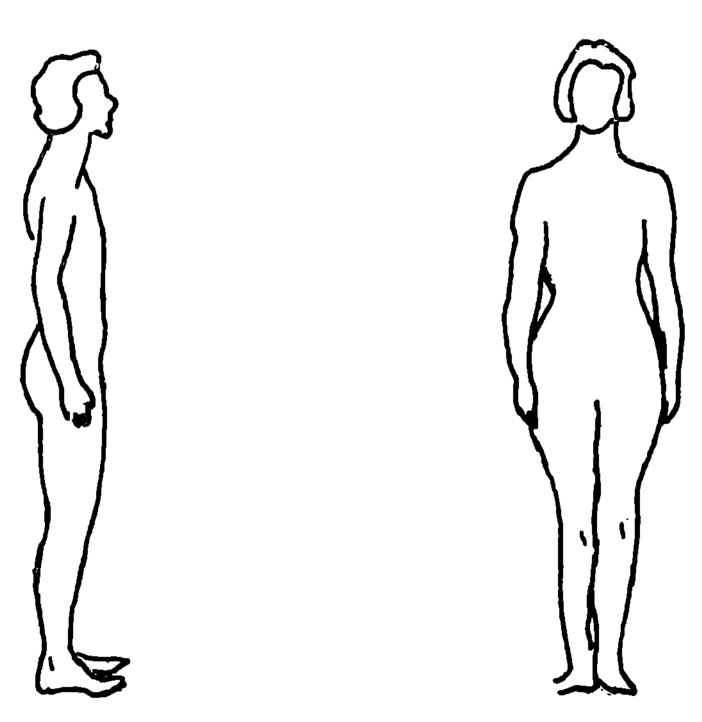
ب – أداء جيد لوظائف العضلات .

جـ – أداء الجسم لوظائفه الطبيعية أداءً جيداً ويحافِظ على ذلك .

والوضع الصحيح أساسي في جميع الحالات - كالوقوف والجلوس والرقاد.

ويصف م. س. ونترز (M. S. Winters) وجود الجسم في حالة أداء وظيفي جيد بما يأتي :

« تكون الأقدام في زاوية صحيحة بالنسبة للساقين ، وتتجه الى الأمام في نفس اتجاه تجويف الركبة ، ويمر خط ثقل الجسم بوَسَط الركبة وأمام مِفصَل القدمين ، وتكون الركبتان متباعدتين وليستا متوترتين ولا زائدتي التباعد عن بعضهما ، ويكون الفخذان ممدّدان على الحوض ، والعمود الفقري مستقيماً ، كما تكون التجويفات الفسيولوجية في أوضاع طبيعية ، ويكون الصدر مفروداً ومنتصباً الى الأمام ، وتكون الرأس منتصبة أيضاً » .



منظر أمامي للجسم في وضع صحيح　　　منظر جانبي للجسم في وضع صحيح

شكل (١)

ووضع الجسم نفسه ، هو مفتاح ميكانيكية الجسم، ويجب ألا يؤخذ ذلك على أنه هو :

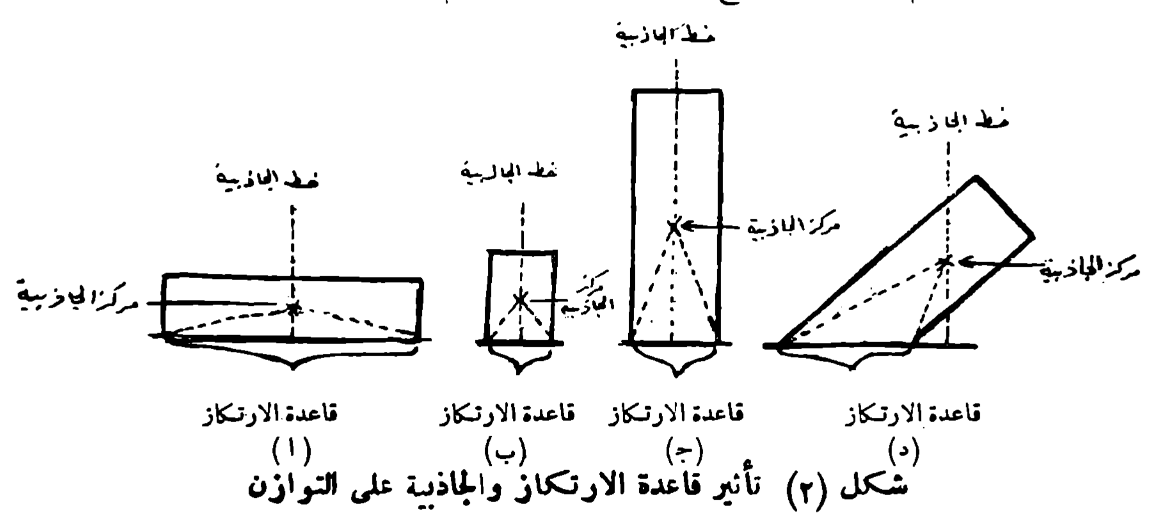
« مظهر الاحتفاظ بالجسم منتصباً » .

فوضع الوقوف الصحيح ، يشمل المحافظة على التوازن الذي ينظم الجهد ، إذ هو الأمر الذي قد لا نتنبه له. شكل (١)

ولإيجاد توازن للجسم ، والحصول على وضع صحيح في حالة الوقوف ، ولمزاولة بعض الأعمال المختلفة كالرفع والتراجع والشد والجذب – نحتاج الى جهد من الجسم ، أكثر مما يلزمه في حالة الجلوس أو الرقاد – وهذا الأمر يعلمه كل شخص من خلال ممارسته وتجاربه – ولكن غالباً ما يعني القليل منهم بتحليل أسبابه وتقصيها .

فهناك قوى موجودة وثابتة يجب التغلب عليها ، كما أن هناك قوانين طبيعية – اذا استعملت جيداً – فإنها تساعد على تقليل كمية الجهد التي تصرف للحصول على الوضع الصحيح والتوازن وفي الرفع والتحريك أيضاً .

والقواعد التي تعنى بتأثير الجاذبية على التوازن ــ تساعد على فهم ميكانيكية الجسم وكذلك توازن جميع الأشياء وليس توازن الجسم فقط . (انظر شكل (٢)).



شكل (٢) تأثير قاعدة الارتكاز والجاذبية على التوازن

مركز الجاذبية (The Center of Gravity) :

مركز جاذبية أي جسم هو « النقطة التي تتمركز فيها كتلته » .

ومركز الجاذبية في الانسان في حالة وقوفه ، هو في وسط الحوض حوالي منتصف المسافة بين السُّرة وعظمتي العانة .

ـ خط الجاذبية(The Line of Gravity) :

هو « خط عمودي يمر في مركز الجاذبية » .

ولنزداد فهماً لما يشمله الجهد اللازم لحفظ « توازن » الجسم « ووضعه » الصحيح ، يجب أن نعلم أن هناك ميلاً سريعاً لدى جميع الأجسام للاتجاه نحو مركز الأرض ، ويسمى ذلك بالجاذبية (Gravity) وهي (تساوي قوة جذب الأرض ناقصا القوة المركزية الطاردة الناتجة من دوران الأرض على محورها ، وهي تساوي ٣٢٫١٦ قدم / ثانية) .

هـذا الشد الدائم نحو مركز الأرض ، هو ظاهرة يجب على الممرضات فهمها ، إذ أنها عامل هام في كثير من الأعمال التمريضية ، مثل :

١ – الامتصاص بالجاذبية .

٢ – انسكاب السوائل .

٣ – خروج السوائل من أنحاء الجسم .

٤ – ثبات الأشياء .

من الأشكال التوضيحية الموضحة في الشكل السابق يمكن معرفة عـدة نقاط أساسية وهي :

– يكون الجسم أكثر ثباتاً ، اذا كان :

ا – مركز جاذبيته ملاصقاً لقاعدة ارتكازه .

ب – اذا مرّ خط الجاذبية خلال قاعدة الارتكاز .

جـ – اذا كانت قاعدة ارتكازه واسعة .

هذه النقاط الثلاثة هي « حقائق هامة يجب مراعاتها في أي جسم جامد (عديم الحياة) » ، كما أنها هامة أيضاً بالنسبة للإنسان .

ولإثبات أن لهذه النقاط الثلاثة علاقة مباشرة بثبات الشخص – حاولي أن تقفي وقدميك متلاصقتين ، ثم ابتدئي في الركوع الى الأمام، فحالما يخرج خط الجاذبية عن قاعدة الارتكاز ، فإنك ستحركين أحد قدميك الى الأمام لتتجنبي السقوط .

وفي حالة الوقوف يكوّن الشخص قاعدة ارتكاز واسعة حتى يمر خط الجاذبية بالقاعدة ، وبذلك يثبّت الشخص نفسه – وفي الحقيقة إن عملية الوقوف ليست فقط عملية توفير قاعدة ارتكاز ، بل تشترك فيها المجموعات العضلية المختلفة لتثبيت المفاصل مثل التي تحدث بواسطة :

١ – رأس عظمة الفخذ في التجويف الخاص بها .
٢ – مفصل الركبة الموجود في أسفل عظمة الفخذ .
٣ – النهاية العليا لعظمة الساق .

وتعمل العضلات على هيئة مجموعات ويسبب تعاونها تسهيل العمل .

هناك نقطة هامة من الثلاث نقاط الرئيسية السابقة ، تحتاج الى بعض التوضيح ، فمن المعلوم علمياً ، أن ثبات أي جسم يعتمد أيضاً على ارتفاع مركز الجاذبية وحجم قاعدة الارتكاز . وأنه كلما اتسعت قاعدة الارتكاز وانخفض مركز جاذبيته ازداد ثباته . فمثلاً علبة الحليب تحتاج الى القليل من المعالجة اليدوية كي تكون ثابتة على المائدة ، بينما تحتاج ضمانة تثبيت شمعة على نفس المائدة الى اجراءات أكثر قد تمتد الى وضع قاعدة ارتكاز لها .

من المعلوم أيضاً أن الجهد العضلي ضروري للمحافظة على الوضع المنتصب للإنسان ، ولذلك فإن كمية الجهد المطلوبة من العضلات تتعلق مباشرة بارتفاع مركز الجاذبية وحجم قاعدة ارتكازه . فمثلاً راقصة الباليه

– عندما تقف على أطراف أصابع قدميها – تبذل جهداً أكبر للاحتفاظ بتوازنها وانتصابها مما تبذله عند وقوفها على قدميها .

ثالثاً ـ الحاجة الى نشاط الجسم (The Need for Body Activity) :

أهمية التمرينات الرياضية والقوام الجيّد – حقيقة مسلّم بها منذ أزمان بعيدة .

ونحن نعلم من ممارستنا – في حياتنا اليومية – أن الجلوس على كرسي في أحد الصفوف الدراسية لمدة ساعة أو أكثر ، مع فَرد الكتفين وانتصاب العنق وارتفاع الرأس ، قد يسبب إجهاداً وتنفساً غير منتظم ، فإذا أضفنا الى ذلك كله ، عدم تحريك عضلات الساقين خلال هذه الفترة ، فقد يتسبب ذلك في تورم القدمين .

وذلك لأن العضلات الهيكلية ، تؤدي وظائف أخرى عديدة غير الحركة، مثل توليد الحرارة والمحافظة على الهيئة ، إذ أنه عندما تتقلص العضلات ، تضغط على الأوردة التي تعيد الدم الى القلب ، وهذا الضغط يساعد على دفع الدم الى القلب ، كما أن عملية التنفس تغيّر الضغط في الفراغ الصدري وعلى الصمّامات الدقيقة المنتشرة على السطح الداخلي للأوردة ، ومع ذلك كله فإن الدورة الدموية للإنسان تستمر في عملها في الانسان ، حتى ولو كان ذلك ضد الجاذبية .

ولما كان عدم النشاط يستبعد معظم حركة الضغط ، والوضع غير الصحيح للجسم يمنع التنفس الطبيعي ، فإن النتيجة في هذه الحالات هي :

١ – إبطاء الدورة الدموية .

٢ – ظهور التعب والإجهاد .

وذلك لتراكم كثير من الفضلات في الدم ، وقلة تغذية العضلات .

ويعزى – طبياً – تعب العضلات الى تراكم كمية كبيرة من (حامض اللاكتيك Lactic Acid) فيها .

أما بطء الدورة الدموية ، فهو يسبب تورم الأقدام، الذي ينتج من وجود سوائل زائدة في الأنسجة .

وقد أظهرت الدراسات ، آثار إطالة مدة الخمول على الجسم ، إذ بينت أنها تُحدِث تغيرات فسيولوجية إضافية غير واضحة مثل :

الوَرَم – فقد التوازن العضلي – سوء الهضم – عُسْر التنفس .

وقد أظهرت أيضاً إحدى هـــذه الدراسات ، التغيرات التي تحدث في التخلص من النتروجين Nitrogen (الآزوت) – والكالسيوم – والصوديوم – والفوسفور، إذ أثبتت أن تسكين الحركة ، يسبب إعاقة الميكانيكية اللازمة لسير الدورة الدموية سيراً صحيحاً – وأنه خلال أسبوع واحد من بدء تسكين الحركة – ظهرت زيادة في حدوث حالات الإغماء خلال الاختبارات .

إن وضع الانسان – خلال كلّ من الجلوس والرقاد – مَثَلُها كَمَثَل التمرينات الرياضية والمحافظة على التوازن ، فهي أشكال أساسية لميكانيكية الجسم .

فإذا كنا نهتم بأن يكون الجسم في وضع صحيح وفي حالة نشاط فيجب أن نهتم أيضاً اهتماماً مماثلاً عند استعمال الجسم – إذ عندما تمتد حركة الجسم لتشمل النشاطات المختلفة كالحركة والرّفع ، فلا بد من الاهتمام بالوسائل الإضافية اللازمة لذلك، ما دمنا على يقين من أن الاستعمال المتكافىء للعضلات سيوفر النشاط ويقلل من إمكانية حدوث الإجهاد .

رابعاً – كيف تستعمل العضلات بطريقة فعالة :

how to use nuscles effectively

إن أحد العوامل الأولية ، لإيجاد حركة عضلية صحيحة هي : « أن

أطول العضلات اللائقة وأقواها، هي التي يجب استعمالها لأداء العمل المطلوب، إذ أنه عندما تُجبَر العضلات التي لا يمكنها إيجاد القوة اللازمة للعمل ، وليس عندها قوة الاحتمال الكافية لذلك العمل – على بذل الجهد – يحدث لها ضرراً بليغاً وإجهاداً شديداً .

المنشأ (المصدر) Origin :

هو الاسم الذي يطلـَق على أقل ارتباط حركي للعضلات بالعظام .

الادماج insertion :

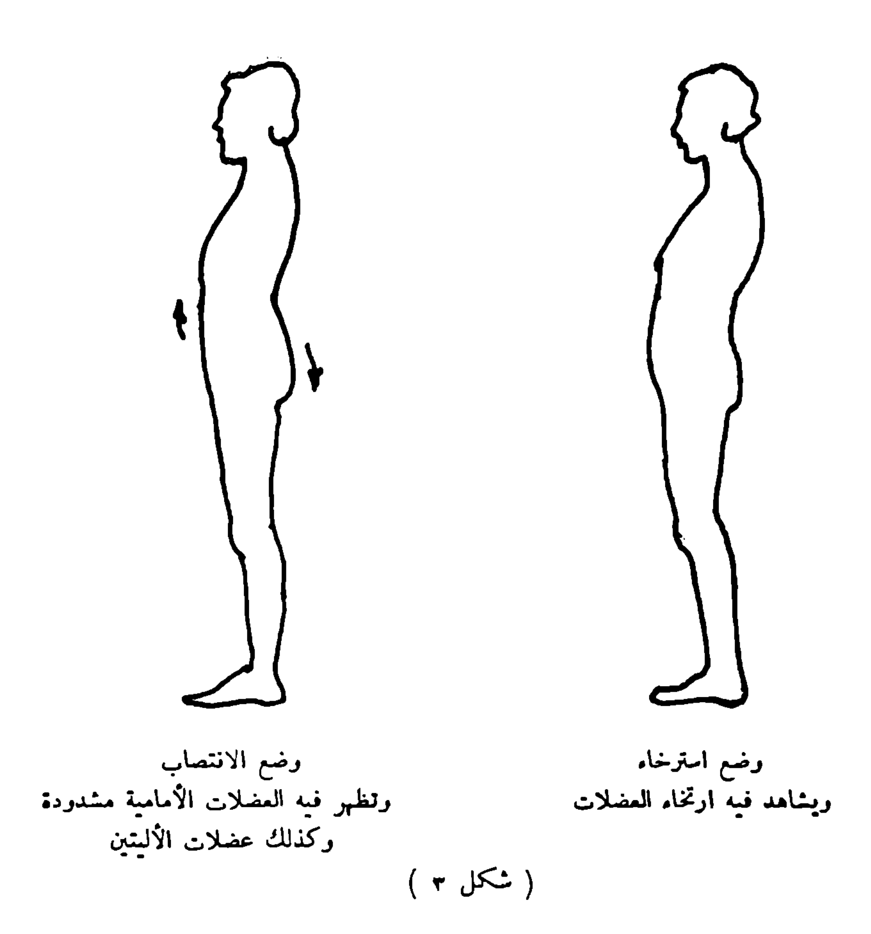
هو الاسم الذي يطلق على الارتباط المتحرك للعضلات بالعظام ، أي أنه هو الارتباط بالعظمة التي تسبب الحركة .

وبالإضافة الى استعمال أطول العضلات وأقواها في الذراع والساق بدقة ، فإن عضلات منطقة الحوض يجب إعدادها لأي عمل شديد (ثقيل) . إذ أن الإعداد للعضلات التي تثبّت الحوض ، هو لمساندة البطن وللمحافظة على الجسم من الاجهادات الشديدة في الأعمال التي تؤثر على التماسك الداخلي للعضلات وتمدد الحجاب الحاجز .

الحزام الداخلي Internal Girdle :

يحدث بإيجاد التوافق بين خفض عضلات الأرداف الى أسفل ، ورفع العضلات البطنية ، ويساعد أيضاً في هذه العملية تمدُّد الحجاب الحاجز ، ويحدث هذا بتمديد العضلات في الوسَط ، ويشعر الانسان بذلك عندما يقف ويحاول زيادة طول خط وسطه .

ومن المهم بوجه خاص ، ملاحظة أن العضلات الموجودة في الحزام الداخلي وفي الحجاب الحاجز المتمدد (الطويل) ، تساعد العضلات الطويلة القوية في الذراعين والساقين في الأعمال مثل التحرك والرفع وحمل الأجسام الثقيلة .



وضع استرخاء
ويشاهد فيه ارتخاء العضلات

وضع الانتصاب
وتظهر فيه العضلات الأمامية مشدودة
وكذلك عضلات الأليتين

(شكل ٣)

قاعدة أخرى من قواعد فسيولوجيا العضلات هي :

« الإجهـاد المستمر دون راحة كافية مُضِر » . إذ أن العضلات تلزمها فترات متتالية من الراحة والعمل ، ولذلك يجب تنظيم الأعمال التي يقوم بهـا الانسان تنظيماً صحيحاً يجمع بين فترات الراحة والعمل وبخاصة اذا كان العمل المطلوب هو « عمل عنيف » .

واستعمال التوافق بين مجموعتي أطول العضلات وأقواهـا الموجودة في

الذراعين والساقين ، وبين الحزام الداخلي والحجاب الحاجز الطويل (المتمدد) – في رفع أو تحريك الأجسام الثقيلة – هو :

١ – عامل صيانة للعضلات .

٢ – استعمال جيد لها .

إذ أن كلا من الظهر والجدار البطني، معرضَين للأذى، كما يجب أن نتذكر دائماً ، أن العمود الفقري مكوّن من مجموعة من العظام الغير منتظمة وتسمى بالفقرات، وأن هذه الفقرات منفصلة كل منها عن الأخرى بوسائد غضروفية، وأنها متصلة ببعضها أيضاً بأربطة قوية من الأنسجة الضامة تسمى «بالأربطة». وأنه عندما ننظر جانبياً يبدو العمود الفقري شبيهاً بحرف S متتاليين ، وأن له إنحناء مقعّر عند العنق ، وتجويف آخر محدّب عند الصدر، وتجويف آخر مقعّر هو (التجويف البطني)، ثم تجويف آخر محدّب في نهايته هو (العُصْعُص) ، وتتصل العضلات بالفقرات ، وتسمح بالإنحناء والاتساع ، كما تسمح كذلك بقدر محدود من الحركة الجانبية في اتجاهات معينة .

وعندما تُحمَّل العضلات المتصلة بفقرات العمود الفقري بجهد شديد ، وتنقِل هي هذه القوة (الجهد) الى أي إنحناء في العمود الفقري – فقد تُحدث له الضرر – ويلاحظ أن كثيراً من الأضرار التي تحدث للمنطقة القطنية تكون نتيجة لمثل هــذا الإجهاد ، كما يحدث عند رفع الأجسام الثقيلة بطريقة غير صحيحة .

كما تتعرض أيضاً المنطقة العنقية في العمود الفقري الى الاصابة المعروفة باسم « الجَلْد بالسَّوط » ، عندما يحدث اصطدام السيارات من الخلف واندفاع الرأس بقوة الى الخلف نتيجة لهذه الصدمة .

وكذلك يُحدِث الإجهاد والتعب في المنطقتين العنقية والصدرية – أثنــاء أداء أعمالنا اليومية – مثل جلوس الشخص ورأسه مائل للأمــام لمدة طويلة أثنــاء القراءة أو الكتابة ، ولا تحدث كثير من هذه الأضرار ، إذا كانت

ظهورنا مستقيمة ، وعلى العكس فإننا نشعر في هذه الحالة بالراحة وسهولة الحركة .

ويلاحظ أيضاً أن الانحناءات الشديدة المُبالغ فيها في الظهر شديدة الخطورة، فقد تكون سبباً في منع الأفراد من الأعمال التي يطلَب فيها الرفع، كما أنهم قد يمنعون من مزاولة بعض الألعاب أو النشاطات الأخرى .

ويتعرّض الجدار البطني أيضاً للضرر ، عند استعمال المجموعات العضلية استعمالاً سيئاً (غير صحيح) ، فمثلاً الضعف العضلي للجدار البطني الناتج من ضعف التوازن ، أو من قطع بعض الألياف العضلية أثناء إجراء العمليات الجراحية ، قد يجعل البطن أكثر حساسية وتعرضاً للإصابة ، لأن أعضاء التجويف البطني ليست محميّة بأي قفص عظمي أمامي أو خلفي ، ولكنها تعتمد على عضلات البطن ، وإذا لم تُحمى هذه العضلات ، فيمكن أن تحدث في الجدار البطني نتوءات قد تتسبب في بروزات مبالغ فيها تسبب أحياناً « الترنّح » (عدم التوازن) .

والجدار البطني له مواضع ضعفه الفطرية ، وهي تسبب الفتق .

والفتق Herivia :

هو تمدّد أو بروز بعض الأجزاء البطنية خلال منطقة ضعيفة العضلات . (من الوجهة الفنية يمكن إطلاق اصطلاح الفتق على مثل هذه الحالة في أي موضع آخر من الجسم – ولكن ما نقصده هنا بهذا الاصطلاح هو « الفتق البطني ») – وهذه المناطق الضعيفة توجد :

١ – عند السرة .

٢ – عند القنوات الوركية، التي توصل الحبال المنوية في الذكر، والأربطة الدائرية في الأنثى .

٣ – في الحلقات الفخذية، التي توصّل الأوعية الدموية الفخذية الى الساقين.

ويمكن للفتق أن يحدث في أي منطقة من هـذه المناطق ، إذا تعرضت عضلاتها لإجهاد شديد ، كما أن بعض الأشخاص الذين أجريت لهم جراحات في جدار البطن ، يمكن أن يصابوا بتشققات فتقية بسبب ضعف عضلاتهم . ويخفّف المصابون بهذا الفتق من شعورهم بالألم الذي يشعرون بـــه في هذه المناطق – عنـد الكح أو العطس – بضغطهم بأيديهم عليها – وهم يعبّرون بواسطة هذا الإجراء الى حاجة المنطقة المصابة الى الحماية .

يمكن للممرضات إنقـاذ أنفسهن من الأضرار الناتجة عن أعمالهم العضلية بالاستعمال الصحيح لميكانيكية أجسامهن ، وذلك باستعـــمال أطول وأقوى العضلات المتصلة بالأطراف ، وكذلك وضع الحزام الداخلي واستعمال الحجاب الحاجز استعمالاً صحيحاً ، واكتساب هذه الاجراءات صفة العادة التلقائية .

وليس من النادر في التمريض ، أن تجد الممرضة مريضاً أو زائراً يشعر بالإغماء ويبدأ في الانزلاق على الأرض ، أو سقوط مريض من فراشه أثنـاء محاولته الوصول الى بعض الأشياء ، وعلى الممرضة في مثل هذه الأحوال ، أن تعمل فوراً ، وتضع نفسها في أفضل وضع يحميهـا من التعرض للأضرار التي قد تصيبها هي الأخرى، وعليها أن تتجنب محاولة الإمساك بمثلهذا الشخص، اذا كانت في وضع يجعل الضغط شديداً على ظهرها أو بطنها .

كما يمكن للممرضة أن تبين للمرضى ، كيف يمكنهم أداء الأعمـال المختلفة بسهولة أكثر وجهد أقل ، وتعلـّمهم الطرق الفعّالة والآمنة لأداء كل من هذه الأعمال مثل :

أ – رفع الطفل من مكان لعبه .
ب – جرف الثلج .
جـ – جمع أوراق الأشجار الجافة .
د – التزلج (التزحلق) .
هـ – الرقص .

و – إنزال سلال الطعام من صندوق السيارة .

ز – إخراج ورفع الأطعمة من الفرن ...الخ .

خامساً : القواعد الطبيعيه التي توجه ميكانيكية الجسم :

عند القيام بالعمليات الخاصة – بالتحريك ، والرّفع ، والحَمْل – وهي التي تعكس جودة ميكانيكية الجسم ، فمن الأمور الأساسية عند أدائها أن نراعي الاتّباع الصحيح الدقيق لبعض القوانين الطبيعية الأساسية ، التي إذا اتُّبعت بدقة في مثل هذه الأعمال التي تحتاج الى القوة ، فإنها توفر النشاط، وتقلل من مقدار الجهد المبذول ، وتمنع الأضرار .

وسنوضّح فيما يلي أهم هذه القواعد :

١ – عند رفع أي جسم ، فيُحسن أن يُدفع أو يُشدّ ، أو يُزلق أو يُدحرج – إذ أن الرّفع يقتضي التغلُّب على مُحصّلة الشد أو الجاذبية – وهذه العمليات تسهل على هذا التغلب .

٢ – عندما نريد رفع أي جسم أو تحريكه ، فيجب أن نلتصق بقدر الإمكان بهذا الجسم ، ـ فإن هذا الإلتصاق يجعل مركز جاذبية جسم الإنسان ملاصقاً لمركز جاذبية الشيء المُراد تحريكه ـ وبذلك تتحمّل العضلات الكبرى في جسم الإنسان مُعظم الحِمْل .

٣ – يجب استعمال وزن الجسم كقوة للشد او الجذب ، وذلك بالتأرجح على الأقدام او الهبوط الى الأمام أو الخلف ، إذ أن هذا يقلل من كمية الجهود الملقاة على الذراعين والظهر .

٤ – الوضع الصحيح والاستعمال الجيد للمجموعات العضلية ، وكذلك

الاستعمال الواعي للقوانين الميكانيكيّة ، يمكن أن يُعطي إدماجاً لها ، يُسهم في ضبط الوظائف الفسيولوجية والمظهر العام للجسم .

وهذا الادماج لا يمكن إتقانه بسهولة أو بسرعة ، ولكنه يحتاج الى تمرين مستمر ومحاولات وتقييم .

سادساً: ملخص الافعال الموجهه بقواعد ميكانيكية الجسم:

الأفعال الآتية ، توجّه الاستعمال الصحيح للجهاز العضلي ، خلال فترات النشاط والخمول .

١ – حافظي على الوضع الصحيح لجسمك في كل أعمالك ، مثل السير – والجلوس – والرُّقاد .

وبذلك تحافظين على الأداء الطبيعي لوظائفك الفسيولوجية وعلى حُسن مظهرك .

٢ – استعملي الحزم الداخلي، والحجاب الحاجز الطويل ، لتثبيت الحوض ولحماية الأحشاء الباطنية عندما تتراجعين(تتقهقرين)، وعند رغبتك في الوصول الى الأماكن العالية وكذلك عند رفع الأشياء أو شدّها .

٣ – استعملي أطول وأقوى عضلات الذراعين والساقين ، لتوفير القوة اللازمة للتحرُّكات الكبيرة .

٤ – إلتصقي بالجسم المراد تحريكه أو رفعه ، لتمنعي الإجهاد غير الضروري للعضلات .

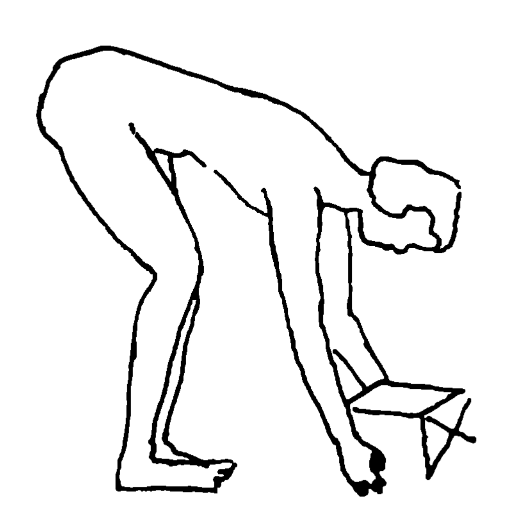
٥ – إزلقي أو دحرجي أو إجذبي أو شدي أي جسم ، خير من أن ترفعيه ، وذلك لتقللي الجهد اللازم لرفع ثِقَل الجسم ضد الجاذبية .

٦ – إستعملي ثِقَل جسمك لشد الشيء المراد تحريكه أو رفعـــه، سواء بهبوطك أمامه أو اهتزازك خلفه .

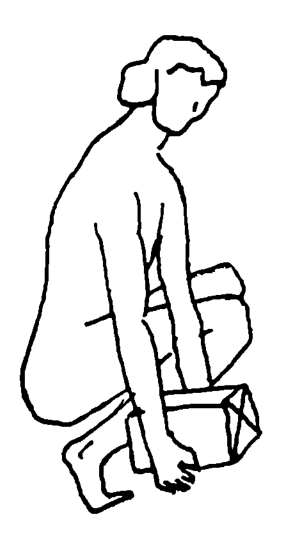
٧ – عندما يكون من الضروري توفير الثبات لجسمك عنــد تحريك أي جسم آخر، فضعي قدميك متباعدتين لتوفري بذلك قاعدة ارتكاز واسعة .

٨ – عند رغبتك في رفع أي جسم ، فاجعلي ركبتيك رخوتين وقربيها من الحزم الداخلي ثم اقتربي من الجسم المُراد رفعه .

نحن نُمنح القُدرة على الذهاب والمجيء كما نريد ، وعلى أداء الأعمـــال التي



وضع خاطىء لرفع الأجسام من على الارض ويلاحظ أن قوة الشد مركزة على الظهر



وضع صحيح لرفع الأجسام من على الأرض – تستعمـل فيـه العضلات الطويلة القوية للذراعين والساقين .

(شكل ٤)

نرغب في أدائها – وتُسبِّب الأمراض ، حتى ما لا يتصل منها مباشرة بالجهاز العضلي – الحدّ من هذه القدرة .

ولذلك تُعتبر الرعاية التمريضية ، الـــتي تمنع العجز في أداء الوظائف العضلية ، هامة جداً من الوجهة العِلاجيّة .

الباب الخامس

العلاقة بين البيئة ورعاية المريض

الفصل الحادي عشر

اعتبارات هــامة

GENERAL CONSIDERATIONS

تؤثر أوضــاع البيئة تأثيراً قويـــاً على حالة الشخص الطبيعية والعقليـة والنفسية ـ ومع أن بعض العوامل في البيئة لا تكون محل اعتبار الممرضة ـ إلا أنه لا يمكن تجاهلهـا كما يمكن عمل الكثير لجعل الأوضــاع البيئية ، آمنة وسارة ومريحة .

المكان :

إن بيئة المريض أو أي مجموعــة من المرضى ، ليست محدودة بالإعتبارات الموجودة في المستشفى فقط، ولكنها تشمل أي مكان يوجد به المريض ـ سواء كان مكتب الطبيب أوالعيادة أو وحدة الإسعاف أو غرفة المريض في منزله ـ وهناك عدة عوامل توفر الأمان والراحة ، يجب العناية بها .

توجد بصفة عامة ـ **بعض العوامل البيئية في المؤسسه او المنزل ـ لا يمكن للممرضه تغييرها مثل :**

أ ـ تركيب البناء نفسه .

ب ـ معاملة الجدران والأرضية .

جـ ـ التأثيث .

إلا أنه توجد بعض الأشياء ، التي يمكن للممرضة أن تتغلب عليهـــا على

الأقل ــ باستعمال نوع من الضّبط والمراقبة مثل :

١ ــ الإضاءة .
٢ ــ التّهْوية .
٣ ــ العزُلة أو الضوضاء .

وسنبيّن فيما يلي العوامل السابقة .

أولاً : العوامل التي لا يمكن للممرضة تغييرها

أ ــ تركيب البناء نفسه :

كُلُّ بناء ــ حتى ولو كان قد بُنِي لأغراض ووظائف مُعيّنة ــ قد نضطر في بعض الأحيان إلى أن نُضَحِّي فيه بالأوضاع النموذجية المطلوبة ، بسبب تحديد التّكاليف أو أي أسباب أخرى طارئة .

ولذلك قد تحتاج بعض المناطق داخل البناء ، إلى بعض التعديل حتى تُلائم مُختلَف الأغراض بعد إتمام البناء . وبينما لا يمكن للممرضات إحداث تغييرات كبيرة في تركيب البناء ، إلا أن هناك الكثير مما يمكن أن يفعلنه لتحسين الأوضاع الموجودة .

والتّحليل الدّقيق للأعمال التي تُؤَدي داخل الوِحدة ، يساعد كثيراً الذين يعملون فيها ــ على اقتراح وسائل سهلة وإقتصادية ، لتقليل التكاليف الغير ضرورية لأداء الأعمال وجعل الوحدة أكثر تنظيماً فمثلاً :

١ ــ طريقة استعمال بعض الأدوات والأجهزة الكثيرة التّداوُل .
٢ ــ وضع الأجهزة المطلوبة على رفوف يسهل الوصول إليها .
٣ ــ استعمال أقل مساحة ممكنة للتّخزين .

٤ ـ إستعمال الموائد المُتحرِّكة والعربات لنقل المواد والأدوات من المسافات البعيدة عن منطقة العمل وإليها .

ولذلك تحتاج الممرضات إلى تحليل أعمالهن اليومية بدقّة ، وإيجاد طرق تحسينها توفيراً للوقت والحركة . فكلّما زاد الوقت الذي تُوفِّره الممرضة ، زادت الأوقات الّتي تقضيها مع المريض . وغالباً ما تشمل إجراءات توفير الوقت ، بعض الأقسام الأخرى مثل المغسلة والصيدليّة وأقسام التّغذية أو أقسام التدبير المنزلي ـ ويجب إيجاد تخطيط سليم للتعاون مع هذه الأقسام ـ إذ أن الهدف النهائي منها ـ هوتوفير رعاية أكثر للمريض .

ب ـ الجدران والأرضيّة :

إن الحاجة إلى وسط مُبهِج مُريح ، هي حاجة أساسيّة للمريض وللعاملين الصحّيين معاً ، ولم يعد ضرورياً أن تكون غرفة المريض عارية ومُعقّمة .

وقد بُدِىءَ في زخرفة جدران غُرَف المرضى وطلائها بألوان مُريحة غير اللّون الأبيض الذي كان شائع الإستعمال ، كما استُبدل الأثاث الأبيض بأثاث آخر مُلوّن حديث .

هذا مع استمرار الحاجة إلى تخطيط سليم في استعمال الألوان والرُّسوم ، إذ أن خلط الألوان والزخرفة ليست شيئاً مقبولاً من كل شخص . ومن المُستحسَن استعمال خَلْط جذّاب للألوان بطريقة لا تُسبِّب الضّيق ، فكثير من الأشخاص لا يرضوْن عن الألوان غير المعتادة لهم أو الألوان الصّارِخة وبخاصة في ورق الجدران ، مثل الأوراق ذات الأزهار الكبيرة في غرفة المريض ، لأن بعض المرضى يصابون بالإضطراب من الرسوم الكبيرة ـ اثناء فترات إشتداد المرض عليهم ، إذ يروْن فيها وجوهاً وأشياءً أخرى ، وقد يكون للصُّوَر نفس التأثير إذا لم يتم إختيارها بعناية فائقة ، كما يجب أيضاً

تجنّب استعمال أغطية السرير والمفارش والستائر المزينة برسوم وجوه كوجوه الحيوانات . وذلك لتقليل احتمالات إيجاد تصورات للمريض منها .

كما يجب التنبه جيداً إلى أغطية الأرضية . بعد أن استبدلت طريقة تعرية أرضية الغرف باستعمال أغطية أرضية جذابة . وهذه الأرضيات يجب إختيارها باحتراس . لأن الخطوط المتوازية والمربعات الصغيرة وبعض الأشكال الهندسية ، تسبب الشعور بالدوار لبعض الأشخاص عند نظرهم إليها .

كما يجب ملاحظة أن لا تكون هذه الأغطية الأرضية متينة فقط ، بل يجب أن تتحمل التنظيف المستمر . إذ أن الأرضية كثيرة التلوث . كما أن الكثير من المؤسسات تستعمل محاليل بها مضادات للجراثيم لتنظيف الأرضية .

ج – تأثيث المبنى :

توجد في الأسواق الآن أنواع من الأثاث الخاص بالمستشفيات ، ذات أشكال جذابة وألوان جميلة ، تشبه الأثاث المستعمل في المنازل ، وذلك نتيجة وجود اتجاه بأن يكون التأثيث – أكثر إمتاعاً وأمناً للمريض – وذلك بفرش الأجنحة المختلفة في المستشفى ، طبقاً لاحتياجات المرضى بهذه الأجنحة ، فمثلاً :

١ – الأجنحة التي يعتمد فيها على رعاية الشخص لنفسه ، تؤثث لمرضى الطوارىء بأسرة وموائد منخفضة ، ومقاعد مريحة ومصابيح للقراءة وأجهزة تليفزيون . وبعض الأدوات المنزلية الأخرى .

٢ – وحدات الأمراض المزمنة – يمكن أن تزود بأدوات مماثلة ، ولكن تستعمل فيها أسرة أعلى من الأسرة السابقة ، كما أنها تحتوي على قاعات خاصة للطعام ، يمكن للمرضى أن يتناولوا طعامهم معاً فيها على موائد

خاصة . كما تُوجد بعض المستشفيات كافتيريا أيضاً لهؤلاء المرضى .

٣ ـ الوحدات التي يُحتَاج فيها إلى رعاية مشدَّدة للمرضى ، تُصمَّم بطريقة تضمن سلامة المَرضى وسهولة رعايتهم ، ويُلاحظ أن وسائل الرَّاحة اليومية ليست هامة في هذه الوحدات .

ورعاية المرضى بالمنازل ، هي جُزء من الخدمات التي تُؤديها بعض المؤسسات العلاجية ، وتُكلّف عادة بعض الممرضات بالمساعدة في إعداد وحدة تمريضية بالمنزل ـ وقد يكون هذا التكليف بمثابة تَحدٍّ لقدرات الممرضة ـ عند ما يشمل استعمال الأثاث المُتاح ، حتى لا تزيد تكاليف العلاج . ولكن يجب مع ذلك مُراعاة إحتياجات المريض ، وأنواع النشاطات التي تمارسها العائلة في المنزل . عند التخطيط لمثل هذه المهمات .

ثانياً : الأوضاع التي يمكن للممرضة التغلُّب عليها :

١ ـ الإضاءة :

الإضاءة الجيدة ، سواء كانت طبيعيّة أو صناعية ، هي عامل بيئي هام للمرضى وللعاملين بالمؤسّسة معاً ، ومع أنّه من المُسَلّم به أن الممرضة لا يمكنها تبديل النّوافذ أو بعض المصادر الضَّوئية ، إلا أنه يمكنها إجراء بعض التعديلات في الإضاءة . فمثلاً يمكن الإستعانة بأنابيب الإضاءة المُظَلّلة أو بالمصابيح المختلفة عند الضرورة ، مع إجراء الضَّبْط اللاَّزم بحيث يُستعمل منها أحسن الانواع المُتاحة .

والضوء الكافي للعمل والقراءة أساس للمحافظة على قوة النّظَر ، ونوع الضوء المُستعمَل هام لتأثيره على طريقة العمل ومِزاج المريض . وبعض أنواع الإضاءة لا تساعد الشخص على الإحساس بالراحة فقط ، بل هي تُساعده أيضاً على أن يكون أحسن مظهراً وأكثر انشراحاً ، كما أن بعض أنواع الإضاءة

الأخرى وبخاصة « ضوء النهار » و « مصابيح الفلورسنت » – يمكن أن يكون لها تأثير مُضاد .

ويؤكد الخبراء الهندسيين في إنشاء المستشفيات – على أهمية إتِّساع النوافذ بالمستشفيات ، وبخاصة التي تشمل الطول الكامل للمستشفى . إذ يمكن تغطية أجزاءها حسب الحاجة – فبالإضافة إلى توفيرها أكثر ما يمكن من الضوء . فهي تتيح للمرضى التمتّع بالنظر إلى خارج المستشفى .

وهناك نقطة هامة أخرى خاصة بالإضاءة . وهي أن موظّفي المؤسسة الصحية في أشدّ الحاجة إلى ضوء كافٍ لأداء أعمالهم بكفاءة . أكثر من حاجة المرضى أنفُسِهم .

ويُلاحَظ أن التألُّق الناتج من مصادر الضوء الشديدة . أو من النوافذ المُتّسعة ، والانعكاس الناتج من الأشياء الفاتحة مثل الأردية البيضاء ومَفارش الفِراش ، يمكن أن يكون لها تأثيراً غير مُحتَمل للشخص الجالس على كرسي أو راقداً في السرير . كما أن المرضى المُسنِّين ينزعجون انزعاجاً شديداً من عدم انتِظام الإضاءة .

ولذلك فيجب أن – يُؤخَذ في الإعتبار – كُلٌ من حاجات العاملين والمرضى – إذ بينما يكون الضوء المُنتشر في الغرفة ملائماً للعامل . إلاّ أنه قد لا يكون ملائماً للمريض الذي يريد القراءة . كما أن الضوء قد يكون آتياً من زاوية غير مرغوبة ، حتى أنّه يَصعُب على المريض أن يرى الأشياء القريبة منه بوضوح .

ومن الوجهة النموذجية يجب أن يكون – الضوء على سرير المريض – مضبوطاً ضبطاً كافياً ، بحيث يريح المريض ، ويمكن استعماله أيضاً بواسطة الممرضات والعاملين الطبيِّين عند الحاجة إلى علاج المريض .

والضوء القاتم ، ثمين كوسيلة من وسائل راحة وأمن المريض أثناء الليل ، ويجب أن يوضع الضوء بحيث لا يلمع على عينيه – في أي وضع يريد أن ينام فيه – كما يجب أن يعطى إضاءة كافية على الأرضية المحيطة بالفراش ، تكفل له السلامة إذا احتاج للنزول من فراشه .

ويحتاج المسنون عادة إلى بعض الضوء أثناء الليل ، حيث يساعدهم ذلك على توجيه أنفسهم حتى لا يصيبهم الإرتباك عند استيقاظهم .

٢ – درجة الحرارة والتهوية :

إن الحاجة إلى توفير درجة حرارة مناسبة ومريحة ، وتهوية جيدة ، هي حاجة أساسية أخرى .

فبينما في بعض الأماكن الجغرافية يوجد تدابير قليلة يمكن عملها للتغلب على درجة الحرارة الزائدة أو درجة الرطوبة العالية – ولكن مع ذلك يمكن اتخاذ بعض التدابير الصحية في مثل هذه البيئة – بحيث يمكن احتمال البقاء فيها إذا نظمت فيها درجة الحرارة ودرجة الرطوبة .

ومعظم الأشخاص يكونون مرتاحين في معدل درجة حرارة ٦٨° – ٧٤° ف ، ومعدل رطوبة ٣٠ – ٦٠٪ ، هذا مع فرض أن هؤلاء الأشخاص يتمتعون بصحة جيدة ، ويلبسون أردية مناسبة ، ولا يعرضون لتيارات هوائية .

كما أن التهوية في أي غرفة ، تكون جيدة عندما تتوافر وسائل تغيير الهواء بها دون إحداث تيارات هوائية على أي من المقيمين فيها .

والمسنون يفضلون عادة الأماكن الدافئة ، كما أنهم أكثر حساسية للتيارات الهوائية .

كثير من المباني الحديثة للمؤسسات الصحية تزود الآن بوحدات لتكييف

الهواء ، ولكن بينما تكون الغُرف المكيّفة مريحة للموظفين . فقد تكون غير مريحة للمرضى ، ولذلك يجب توفير الأغطية والملابس المناسبة في مثل هذه الحالات .

إن احتياجات العاملين والمرضى – غالباً ما تكون واحدة – ولكن على الممرضة أن تتذكر دائماً أن الأحوال الطبيعية والعاطفية تؤثر على رد فعل المريض نحو درجة الحرارة ودرجة الرطوبة والتهوية الموجودة في محيطه .

ويجب أن يكون تنظيم هذه العوامل في غرفة المريض . طبقاً لحالته ورغباته الشخصية لتوفير الراحة له .

٣ – العُزلة والهدوء :

أ – العزلـــة :

إن توفير العُزلة للمرضى ، هو عامل أساسي بيئي ذو أهمية خاصة لهم . ويلاحظ أن أي شخص يكون تحت الفحص أو الاختبار أو قيد المعالجة أو تحت الرعاية الصحية ، يحتاج إلى الراحة والعزلة حاجة شديدة .

ومن الضروري أن نتذكّر ذلك دائماً ، لأن بعض الأعمال المعينة تُمارَس في المؤسسات الصحية على أنها أعمال عادية رتيبة .

ولكن من السّهل جداً على الممرضات والعاملين ، أن أي عمل رتيب بالنسبة لهم ، هو عمل غير عادي بالنسبة للمريض .

وقد يمتنع كثير من المرضى عن إبداء حاجتهم إلى العزلة ، ولكن يجب على الأشخاص المكلّفين برعاية المرضى – سواء في العيادة أو المنزل أو المستشفى – مراعاة توفير العُزلة للمريض بقدر الإمكان .

ب ـ الهدوء :

إن الهدوء هو الأساس الثاني اللازم للمرضى وللعاملين على حد سواء ، فالضوضاء غير الضرورية ، والمُزعِجات الأخرى لها تأثيرها ورد فعلها على المريض ومرضِه وعلى الذين يَرْعَوْنه ، وعلى المؤسسة التي يوجدُ فيها المريض .

وقد بذلت جهود ملحوظة في تصميم عوائق وعلامات لاستعمالها في مَمرّات المستشْفيات وغُرُف الإنتظار ـ لتقليل الضوضاء الناتجة من الزائرين ومن موظفي المستشفى . والأعمال التي تُجرى فيها على حد سواء .

فالمباني الحديثة التي تُنشأ أو تُعدّل ، تقل فيها الضوضاء بشكل محسوس ، نظراً لاستعمال السقوف والأرضية والجدران الغير مُنفِذة للأصوات ، وهي جميعاً تُقلّل من ضوضاء السير والحديث ووسائل النقل المستعملة داخل المستشفيات .

وهذه هي بعض أنواع الضوضاء التي يشكو منها المرضى غالباً :

١ ـ تداوُل الأجهزة والأدوات بإهمال في مناطِق الخدمة .
٢ ـ استعمال الصحون والصواني بمختلف أنواعها على عربات الخدمة أو في المطابخ .
٣ ـ التكلم بصوت عَالٍ في التليفون ـ سواء في غرفة الممرضات أو أثناء تجولّهن في المستشْفى .
٤ ـ المناداة في الممرات .
٥ ـ التّحدُث مع الزائرين ـ الذين لا يسمح لهم بالبقاء في غرفة المريض ـ بل يتجمّعون في أمكنة أخرى قريبة من المرضى أو في الممرات .
٦ ـ أصوات الراديو والتلفزيون وأجهزة التحدُّث أو التسجيل العالية .

ومعظم هذه المُسبِّبات للضوضاء – إن لم تكن كُلُّها – يمكن التحكُّم فيها إلى درجة كبيرة ، ولكنها تحتاج إلى انتباه دائم من الممرضة لملاحظتها .

ويجب أن نتذكر دائماً أن المرضى أشد حساسية للضوضاء من الأصحاء ، كما يجب أن لا نُهمِل أبَداً تقدير ما يمكن للمرضى أن يسمعوه ؛ فالحديث في غرفة الممرضات أو في الممرات يمكن للمرضى أن يسمعوه جيداً ، لأنه ليس لديهم ما يشغلهم أكثر من امتصاص ما يجري حولَهم .

وقد يكون من سوء الحظ – أنه يمكن لهم أن يُؤوِّلوا معاني ما يسمعونه – وبذلك لا يعنون بشفائهم وعلاجِهم .

الفصل الثاني عشر

وحدة المريض

THE PATIENT'S UNIT

وحدة المريض هي عبارة عن المكان الذي يُخصَّص لإقامة المريض أثناء علاجه ، وما يحتويه من :

أ — أثاث .

ب — أجهزة .

ج — أدوات .

د — لـــوازم .

مُخصَّصة لخدمة المريض ورعايته .

فالأشياء الأساسية التي تُكوِّن « وحدة المريض » بالمستشفى ، هي نفسها التي يجب مراعاتها بالنسبة للوحدات التي تُعَد للمريض في المنزل — إذ أن عدداً بسيطاً فقط من مجموع المرضى ، هم الذين تُتَاح لهم فرصة دخول المستشفيات والمصحّات — بينما يُعالج بقية المرضى في منازلهم .

ولذلك فإن معرفة قواعد إختيار الأجهزة واللّوازم التي تلزم لوحدة المريض ، يساعد الممرضة كثيراً على مساعدة المريض وعائلته ، على مُزاولة العلاج في المنزل .

المكونات الأساسية لوحدة المريض :

يُقدِّم الصناعيون ، مجموعات كبيرة من الأدوات اللازمة لتأثيث « وحدة المريض»، مختلفة الأشكال والألوان .

وقد أصبح معلوماً ، أن الأشياء الجميلة ذات الألوان الجذابة ، التي تحيط بالمريض ، لها تأثير نفسي عليه أثناء مرضه .

وهناك ثلاث إحتياجات أساسية ، يجب مراعاتها عند إختيار الأثاث اللازم لفرش وحدات المرضى ، وهي :

أ — يجب أن يكون الأثاث ، سهل التنظيف .
ب — يجب أن تكون الأدوات سهلة الغسل والتعقيم .
ج — يجب أن تكون متينة وتتحمل الاستعمال المستديم .

والأشياء الأساسية لوحدة المريض ، تتكون من ثلاثة أقسام وهي : —

القسم الأول :

تتكون من الأشياء الآتية :

١ — الفراش .	Bed
٢ — المرتبة	Matress
٣ — الوسائد	Pillows
٤ — مائدة السرير	Overbed Table
٥ — الخزائن بجانب الفراش	Chairs Seats
٦ — مصباح السرير	Bed Lamp
٧ — المقاعد	Bedside Stanαs

القسم الثاني :

وهو يشمل الأدوات التي تستعمل للرعاية الشخصية وهي : —

١ — حوض	Basin
٢ — حوض القيء	Emesis Basin
٣ — إناء الصابون	Soap Dish
٤ — كوب غسيل الفم	Mouth Wash Cup
٥ — قصرية السرير	Bedpan
٦ — إناء التبوّل .	Urinal

القسم الثالث :

يتكون من أجهزة متنوعة .

القسم الرابع :

العناية بالوحدة بعد الإستعمال .

أولاً : الأشياء الأساسية لوحدة المريض :

١ — الفراش The bed

يجب أن يكون السرير مصنوعاً من مادة شديدة الإحتمال ، ومُعداً لتحمّل الغسيل المتكرر ، ولا تتشقق ، وتُفضَّل عادة الأسرة الحديدية .

وارتفاع سرير المريض عن الأرض ، يجب أن يكون محل عناية الذين يرعونه ، حتى يتلاءم مع حالة المريض .

وتحصل الآن معظم المستشفيات ، على أسرة يمكن تخفيضها أو رفعها

طبقاً لحالة المريض ولحاجته عند النزول منها أو الصُّعود إليها ، ويساعد ذلك أيضاً على التأهيل السّريع للمرضى وتشجيعهم على رعاية أنفسهم ، ويُلاحظ أنه في حالة عدم إمكان تعديل ارتفاع السرير ، أن تُزوَّد الوحدة بقصرية سرير لاستعمال المريض .

وإذا كان المريض سيبقى في الفراش بمنزله مدة طويلة ، فيَحسُن شراءأو تأجير « سرير مستشفى » ، أو يُرفع السرير على أجسام صلبة مثل كُتَل الأخشاب لإراحته وإراحة من يعتنون به .

من المعلوم أن أسرَّة المستشفى ، لها مواضيع للرأس يمكن تعديلها ، إذ أنها قابلة للرَّفع والخَفض بواسطة ذراع يدوي في نهاية السرير ، كما أنه يمكن أيضاً ثني ركبتي المريض بطريقة آلية أُخرى ، كما يمكن أيضاً رَفْع السرير كُلّه إذاكان منخفضاً ويتم ذلك عادة برفع الجزء السُّفلي لإطاره وتثبيته بدعامة معدنية — وقد انتجت حديثاً أسرة يمكن تعديلها كهربائياً حسب الحاجة — ولكنها ما زالت محدودة الاستعمال الآن .

وتُوجَد في الحقيقة أنواع عديدة من الأسرة التقليدية للمستشفيات ، ولكنها تُعتبر الآن غير كافية للرعاية التمريضية الكاملة ، مثل :

أ — الأسرة الهزازة The Rockingbed

وهي مصنوعة بحيث أن إطارها الذي يسند الزنبركات والحشية (المرتبة) ، يهتز إلى أعلى وإلى أسفل بواسطة مُحرِّك .

ب — السرير الكرسي The chairbed

وهو يشبه الكرسي وله قسم في الإطار والزنبرك يُمكِّن المريض من أن يكون في وَضْع الجلوس دون مغادرته للفراش .

ولأسرة المستشفيات ميزة أخرى ، إذ يمكن تحريكها بسهولة نسبياً ،

وتنقل الآن بعض المستشفيات مرضاها إلى غُرَف العمليات وغرف الإنعاش (الإفاقة) Recovery Rooms دون تحريكهم من الفراش ثم تُعيدُهم بالتالي إلى وحداتهم الأصلية بعد انتهاء إجراء الجراحة وهي لا تحرّكهم من فراشهم إلا عند إجراء الجراحة فقط .

ومثل هذه الأسرة تكون عادة مُزوَّدة بعجلات كبيرة لتسهيل تحركها ، وهي تُزوَّد عادة بأقفال لهذه العجلات .

٢ – الحشية (المرتبة) : The Matress

تُوجَد أنواع عديدة من المراتب ، ويَصعُب اعتبار أي منها أنه الأفضل في جميع الأحوال .

والحشية الجيدة بوجه عام ، هي التي تتلاءم مع أوضاع الجسم إلى الدرجة التي تُتيح له أن يكون في وضع جيد .

والمرتبة المُسماة « المرتبة اللّينة Soft Matress » وهي التي تُتيح للجسم الإنحناء في المواضع الثقيلة منه – ليست مُريحة – بل إنها تُسبِّب التعب وأوجاع الظهـــر .

عند اختيار الحشية اللازمة لرعاية المريض ، فيلاحَظ إختيارها من الأنواع التي تتحمّل الإستعمال المستمر ، وإذا كانت ذات زنبركـــات (Springs) (سوستة)فيجب أن تكون زنبركاتها من نوع ممتاز قوي لئلا تُكسَر أو تفقد مرونتها بسهولة ، إذ أن الزنبركات المكسورة أو التي فقدت مرونتها تكون غير مريحة بصفة عامة وللمريض بصفة خاصة .

كما يجب أن يكون غطاء الحشية مصنوعا من مادة غير قابلة للتّمزُّق بسهولة ، أو تلتصق بها الجروح .

وليس من المُعتاد تطهير المرتبة بعد إستعمالها لكل مريض ، ويُكتفَى

عادة بتنظيفها بالفرشاة أو بواسطة التّفريغ . ولكن يجب تطهيرها في الحالات الآتيـــة :

أ ــ عند اتساخها من الخراجات أو الإفرازات .

ب ــ عند تلوثها بالبول أو البراز .

ج ــ إذا كان شاغلها مصاباً بعدوى مؤذية .

وبما أن المراتب تكون فحشُوّة بنوع من الحشو مثل ــ شعر الخيول ، أو القش ، أو القُطن أو غيرها ــ مما يجعل عملية تنظيفها عسيرة ، فمن الأفضل حماية المرتبة باستعمال المفارش المختلفة . ويمكن إمداد المستشفيات بمراتب ذات غطاء من البلاستيك ، إذ أنّها تُقَلِّل تلوث حشو المراتب ، كما يمكن تنظيفها بسهولة بالغسل بعد الإستعمال . ومع ذلك فإن للأغطية البلاستيك عيوبها ومن أهمها إنزلاق المفارش عليها وبخاصة عند رفع رأس السرير .

ومراتب (المطاط الرغوي Foamy Rubber) مفيدة في الحالات التي يكون فيها الضغط الناتج من مرتبة صلبة ضاراً بالمريض .

٣ ــ الوسائد : Pillows

هي مثل المراتب ، يمكن حَشُوها بأنواع عديدة من مواد الحشو مثل الريش ، أو الشّعر ، أو القش ، أو القطن ، أو الاسفنج ... الخ ، وبذلك تختلف في درجة إراحتها للإنسان .

والوسائد والمساند المحشوة بالمطاط الرغوي ــ محدودة الإستعمال ــ إلاّ من بعض الأشخاص الذين لديهم حساسيّات خاصة ، ولكن يَصعُب إعطاءها الشكل المطلوب بسهولة كالأنواع الأخرى من الوسائد والمساند ، وبذلك يَصعُب تثبيتها في الزاوية المطلوبة ، هذا بالإضافة إلى أن الوسائد والمسَانِد والمراتب المطاطية تمتص حرارة الجسم وتحتفظ بها .

بالإضافة إلى الراحة التي توفرها الوسادة بوضعها تحت الرأس — فإنها ذات أثر كبير في توفيرِ أوضاع جيدة للمريض أثناء بقائه في الفراش — وهذا يُزيد من الحاجة الكبيرة إلى استعمال وسائد مختلفة الأحجام .

وبما أن هذه الوسائد بمختلف أنواعها — تستعمل لتوفير الراحة اللازمة لمناطق الجسم المختلفة — فمن الضروري وقايتها من التلوُّث بالإفرازات والفضلات والميكروبات التي توجد في المجاري التنفسية للذي يستعملها — لئلا تكون وسيلة لنقل العدوى من شخص إلى آخر إذا أُهمِلت .

وكإجراء أساسي لتعقيمها طبياً ، يجب تهويتها أو تطهيرها بالتفريغ بعد استعمالها ، هذا بالإضافة إلى ضرورة وقايتها من التلوُّث باستعمال أغطية من البلاستيك عند استعمالها لمريض مصاب بعدوى تنفسية .

٤ — مائدة السرير : Overbed Table

تعتبر هذه المائدة أنها من أهم الوسائل التي تُوفِّر الراحة للمريض فهي :

أ — تُسهِّل له تناول طعامه .

ب — تمكنه من القراءة والكتابة بسهولة .

ج — تُوفِّر له أكبر قدر من الراحة في ما يؤدي من أعمال ، سواء كان ذلك داخل الفراش أو خارجه .

د — تمكنه من تغيير وضعه وذلك بالإنحناء إلى الأمام وإراحة نفسه عليها .

ومع أن الغرض الأساسي من استعمالها هو — استعمال المريض لها — إلا أنها مفيدة للممرضة أيضاً أثناء ممارستها للعلاج .

توجد أنواع عديدة من هذه المائدة يمكن الحصول عليها ، ولكل منها مزايا خاصة فمثلاً :

١ – موائد السرير المُزوَّدة بموضع للأقدام عريض تحت الفراش ، ولها عامود واحد فقط ، يُفضَّل استعمالها عند وجود جوانب للسرير أو بعض لأجهزة المُقوية بجواره .

٢ – موائد يمكن تخفيضها ورفعها، ويفضل عندما يكون المريض جالسا على كرسي ويريد إمداده بجريدة أو كتاب .

٣ – موائد ذات مرآة سُفلى تحت إطارها – وهذه تُمكِّن المرضى من تصفيف الشعر ، أو حلاقة الذقن ، أو التزيُّن ، وتوجد منها أنواع حديثة بها أمكنة لتخزين أدوات الزينة أو الحلاقة فيها .

٤ – موائد الفراش الصغيرة ، التي توضع على الفراش مباشرة فوق فخذي المريض ، مفيدة جداً في المنازل أو حالات الأطفال الذين في المهْد .

٥ – الخزائن بجانب الفراش : Bedside Stands

توضع هذه الخزائن في المستشفيات ، لإيداع الأجهزة والأدوات المخصصة للمريض ، كما أنه يمكن للمريض نفسه أن يضع فيها حاجياته الشخصية .

وتختلف هذه الخزائن بعضها عن بعض في الحجم والشكل – إلا أنها تتفق في توفر المواصفات بها التي تتيح الراحة ، واختصار الوقت ، وقلة المجهود – للمرضى وللعاملين في التمريض ، فمثلاً :

أ – الخزائن التي ليس لها أبواب ، تشغل مساحة أقل من التي تشغلها مثيلاتها التي لها أبواب .

ب – إذا كان للخزانة جانب واحد منها مفتوح فقط ، فيجب أن يكون هذا الجانب بعيداً عن الأنظار .

ومما يُسهِّل للمريض استعمال الخزانة ، أن تكون مزودة بعجلات وبها

درج يضع فيه أشياءه الخاصة وتكون فتحته تفتح نحو فراشه مباشرة . أما داخل الخزانة فيستعمل عادة لتخزين حوض الغسيل ، وكوب غسيل الفم ، وصحن الصابون وقصرية السرير وإناء التبول ، ومناشف الحمام وبعض الأدوات الأخرى .

وكثير من الخزائن بها أماكن خاصة للمناشف وأقمشة الغسل ، بحيث تُعلّق على عامود خارج الخزانة ، إذ أنها تكون مبتلة بعد استعمالها .

وهناك بعض الأشياء التي يمكن إضافتها إلى الخزائن مثل :

أ — عِلاّقة لتعليق وعاء البول (المبولة)

ب — كيس ورقي (Catch All) — يمكن للمريض استعماله في أغراض مختلفة مثل حفظ أجهزة العلاج ، وحفظ الجرائد والمجلات ... الخ .

٦ — مصباح السرير : Bed Lamp

توجد أنواع عديدة منها صالحة للاستعمال مثل :

أ — المصباح الأرضي .

ب — المصباح الذي يُعلق بإطار السرير .

ج — المصباح المثبت بالحائط أعلى السرير .

ويجب تنظيمها بحيث يمكن للمريض أن يتحكم فيها بنفسه .

وكما سبق أن بينا ، يجب أن تتفق شدة الضوء مع عمل المستعمل . ويُفضَّل استعمال المصباح الذي به أكثر من أنبوبة إضاءة واحدة ، أو الضوء ذو المستويات الضوئية المختلفة ، وذلك لإمكان تغيير شدة الضوء بها . كما أنه يحسن في أحيان أخرى استعمال المصابيح ذات الضوء الليلي وضوء آخـــر للقـــراءة .

٧ – المقاعد : Chairs

تعتبر المقاعد جزءاً متمماً لوحدة المريض ، وليس المقعد للزائر – كما يُظَن عادة – بل هو في الحقيقة للمريض .

والمقعد (الكرسي) ذو الذراعين ومسند الظهر ، يكون عادة مريحاً لمعظم المرضى ، وتُعتبر هذه الكراسي أنها أكثر الأنواع التي تُريح المرضى ، ولكن يجب إيجاد كراسي بدون أذرُع أيضاً لأنها أسهل استعمالاً عند رفع المريض من الفراش وإجلاسه على الكرسي .

وإذا كان إرتفاع أرجل الكرسي ليس مناسباً للمريض القصير ، فيمكن إراحته بوضع بعض الأشياء المناسبة تحت قدميه .

وللكراسي ذات الوسائد (المنجّدة) عيوباً بالنسبة للمرضى المسنين أو محدودي الحركة ، لأن رفع المريض لنفسه منها يتطلب منه مجهوداً كبيراً .

(ثانياً) : الأدوات التي تستعمل للرعاية الشخصية :

Items used for personal care

الأدوات والمعدات التي توضع في الخزانة التي بجوار فراش المريض ، تستعمل عادة بكثرة ، ولذلك يجب حفظها في حالة جيدة ومعقمة .

ويعتبر تخصيص أدوات خاصة بالمريض للرعاية الشخصية له تصرفاً جيداً من الممرضة ، وذلك مثل :

أ – حوض للاستحمام .

ب – حوض القيء .

ج – إناء الصابون .

د – كوب غسيل الفم .

هـ – قصرية السرير .

و — إناء التبول (للذكور) .

وقد لا يتاح توفير بعض هذه الأدوات للمرضى في الوحدات التي يكون بها التغيير سريعاً في المرضى — مثل غرفة الإنعاش — ويكون هذا الإجراء في مثل هذه الحالة إقتصادياً .

وتوجد استعمالات عديدة لقصرية السرير ، لأن بعض المرضى لا يمكنهم الإنتقال إلى دورات المياه لقضاء حاجتهم .

وبعض المؤسسات الصحية لا تضع قصرية السرير بصفة منتظمة في الخزانات ، لأنه يصعب في بعض الأحوال تطهيرها بعد كل استعمال .

وتعتبر هذه القصارى ، مصدر خطر دائم ، ويجب العناية باستعمالها وتطهيرها بكل دقة .

(ثالثاً) : أجهزة متنوعة :

أ — الأشياء الشخصية للمريض

قليل جداً من المستشفيات تُزوِّد مرضاها ببعض الأشياء الضرورية مثل :

١ — فرشة الأسنان .
٢ — الأمشاط .
٣ — كريم الحلاقة .
٤ — المناشف .
٥ — أمواس الحلاقة . .... الخ

أما البعض الآخر فلا يزودهم حتى بالصابون ، وأسباب ذلك كثيرة ، مثـــل :

أ — تقليل النفقات .

ب — كثرة الإستعمال .
ج — اختلاف أمزجة الأشخاص .

وتعويضاً لذلك تُعد الآن صناديق تحتوي على كثير من الأشياء المطلوبة ، وا تباع في مخازن الأدوية والحوانيت الموجودة بالمستشفيات ليمكن للمرضى لحصول على ما يريدونه منها .

ب — أدوات التسلية

ما زالت هذه الأدوات تعتبر حتّى الآن من الكماليات ، إلا أنه يزداد إعتبارها كضروريات يوماً بعد آخر مثل :

١ — التليفون .
٢ —الراديو .
٣ — المسجل .
٤ — التلفزيون .

ولا ينكر أحد الآن حاجة المريض إلى هذه الأدوات ، ولكنها قد تصبح مصدر خطر لما يأتي :

أ — امتداد أسلاكها على الأرض .
ب — استعمال أسلاك مكشوفة .
ج — الفيوزات التالفة .
د — وجود التلفزيونات قريبة من الأبواب .

وعلى العموم فيجب عند وجودها واستعمالها ، ضمان السلامة الكاملة للجميـــع .

(رابعاً): العناية بالوحدة بعد الإستعمال :

كانت العناية « بوحدة المريض » ، بعد مغادرة المريض للمستشفى من مسئوليات الممرضات ، ولكن مسئولية نظافتها الآن تُمارس بطريقة أخرى : —

١ — فبعض المؤسسات الصحية ، يتولّى فيها « قسم التدبير المنزلي » مسئولية تنظيف هذه الوحدات .

٢ — البعض الآخر تؤدى فيه هذه العملية بواسطة العمال المعاونين لقسم التمريض .

ومع ذلك فما زالت الممرضة في حاجة إلى معرفة إجراءات هذا التنظيف للإشراف عليها إشرافاً فعّالاً ، أو لتعليمها للعاملين غير المدربين .

وكل وحدة يجب التأكد من جعلها آمنة للشخص الذي سيستعملها ، ما دام يوجد احتمال انتقال الأمراض من شخص إلى آخر بواسطة الإتصال بافرازات الجسم . وعلى العموم فيجب التأكد من أن جميع الأدوات التي كانت على صلة بجسم المريض السابق ، قد أصبحت مأمونة تماماً — قبل استعمالها لشخص آخر .

وتوجد الآن طرق عديدة لجعل الوحدات مأمونة قبل استعمالها لشخص آخر ، وكل مستشفى له إجراءاته الخاصة به لتنظيف وتطهير هذه الوحدات ، وهذه الإجراءات جميعاً تخضع لقواعد التعقيم والتطهير .

القواعد التي تحكم العناية بالوحدات بعد استعمالها

العمل المقترح	القاعدة
١ – انزعي قطعة واحدة من القماش في أي وقت لتتأكدي من أن أشياء المريض أو المؤسسة لا ترسل إلى المغسلة اعتباطاً .	هذا الاحتياط يمكن أن ينقذ مالية المستشفى ، كما ينقذ الوضع السيء الذي ينتج من التخلص من الأشياء الخاصة بالمريض .
٢ – لفي كل قطعة من القماش بعناية بحيث يكون سطحها الذي لم يلامس المريض إلى الخارج .	الاحتكاك والحركة يمكنها أن تزيح الأقمشة وبذلك يمكن لها نقل الجراثيم – وتحديد السطوح الملوثة يقلل من تلوث الهواء .
٣ – لفي أو إطوي الأقمشة القذرة بعيداً عن ملابسك .	يمكن للجراثيم أن تنتقل بالتيارات الهوائية ، وبالغبار وبالأقمشة وبالإتصال المباشر .
٤ – إمسكي بالأقمشة الملوثة بعيداً عن ملابسك .	يمكن للجراثيم أن تنتقل بالإتصال المباشر .
٥ – تجنبي إثارة الغبار أو رفع الأقمشة باستعمال وسائل التنظيف التي تمنع ذلك – وذلك بغسلها أو تنظيفها بفرشاة مبلّلة .	يمكن للجراثيم أن تنتقل مع الغبار وبعضها يمكنه أن يعيش في ذرات الغبار مثل جراثيم السُل .
٦ – اغسلي كل سطوح الأثاث جيداً باستعمال الصابون أو المطهرات والماء – ثم اشطفيها بالماء النظيف وجففيها .	التنظيف بالصابون والمطهرات والماء – يقلل ويزيل الميكروبات والمواد الغريبة .

٧ – اغسلي المناطق والأشياء الأكثر نظافة ، ثم الأكثر تلوثاً – فمثلاً الفراش أولاً ثم طاولة السرير ثم خزانة الفراش .

٨ – اغسلي بالصابون أو المطهر والماء ، ثم اشطفي ، كل الأشياء الخاصة بالرعاية الشخصية – مثل الأحواض والقصارى ... الخ . قبل تعقيمها .

تنظيف المنطقة التي تحوي ميكروبات أقل قبل التي بها ميكروبات كثيرة – يقلل انتشار الجراثيم إلى المناطق النظيفة .

كلما قلت الجراثيم والمواد الغريبة الموجودة على أي مادة – سهل تعقيمها أو تطهيرها .

والتنظيف الميكانيكي يساعد على تقليل المواد الغريبة وكذلك عدد الجراثيم .

ملاحظة : ينصح بعض المختصين بعدم استعمال آلات التنظيف الفراغية لأنها قد تنشر الجراثيم التي تلتقطها .

بعد تنظيف الوحدة وتعقيم أجهزة وأدوات الرعاية الشخصية ، يُرتّب السرير ، ثم تُعد الأشياء الضرورية وتوضع في أماكنها وهي تشمل عادة : –

١ – مِنشفة للحمّام .
٢ – مِنشفة للوجه .
٣ – مَناشِف للأيدي .
٤ – ملاءة قطنية قابلة للغسيل .
٥ – أغطية لقصرية السرير ووعاء التبول .
٦ – صابون .
٧ – قفاز للمريض .
٨ – ماسك للترمومتر (عند الحاجة إلى استعمال ترمومتر خاص للمريض).

وعلى العموم قد تختلف الأشياء التي تشملها الوحدة من مؤسسة إلى أخرى .

وكل وحدة يجب أن تُعد لتحقيق الغرض المخصَّصة له ، وأن تكون مأمونة للشخص التالي الذي سيستعملها .

ويُلاحظ أنه عند دخول المريض إلى المستشفى ، يكون حسّاساً لطريقة استقباله ، ونظام وترتيب المكان (الوحدة) الذي سيصبح عالمه أثناء مدة بقائه في المستشفى .

ترتيب السرير الغير مشغول :

The Unoccupied Bed

نظراً لأن المريض يَبقى عادة في فراشه مدداً أطول من المدد المعتادة في حالة الصحة ، فمن الضرورِي العناية بتّرتيب فراشه ترتيباً جيداً حتّى يكون مستّريحاً ، هذا الإعتبار هو الأساس في تعلُّم كيفية اتقان ترتيب فراش المريض .

وعند رعاية أي مريض – سواء في المنزل أو في المستشفى – يجب مراعاة حماية الحشية (المرتبة) .

فإذا كان غطاء المرتبة مُنفِذاً للماء ، فيجب استعمال مفرش مطاطي ، يوضع فوق المرتبة ليحمي الجزء الوسطي منها ، ثم يغطى بمفرش قطني ، ولا ضرورة لاستعمال هذا المفرش المطاطي إذا كان المريض يقضي معظم وقته مستيقظاً أو بعيداً عن فراشه .

والإجراءات التي تُتّبع لترتيب الفراش تختلف عن بعضها إلى حد ما .

فمثلاً يُحبِّذ البعض استعمال مراتب ذات أركان حادة بينما يفضِّل البعض الآخر أن تكون ذات أركان مستديرة .

والبعض يُحتِّم تغطية الفراش تغطية كاملة من جانب واحد أولاً ثم فرش المفرش المطاطي وإتمام التغطية بالمفرش العلوي لبقية جوانب الفراش ،

بينما يفضّل البعض الآخر فرش قاع السرير بالمفرش المطاطي أولاً ثم وضع المفرش العلوي وتثبيته في جوانب الفراش .

هذه التفصيلات ليس لها أهمية كبرى ، إذا وضع في الاعتبار عند التخطيط ، تجنب الحركة والجهد غير الضرورين مع إعطاء نتيجة نهائية جيـــدة .

إن ترتيب الفراش ، يوفّر فرصة جيدة لاستعمال ميكانيكية الجسم استعمالاً جيداً وصحيحاً ، ونظراً لأن إعداد الفراش وترتيبه هو إجراء عارض فلا ضرورة للخوض في تفاصيله ، ومع ذلك فإن إجراءه يُعتبر ذو قيمة هامة كوسيلة مساعدة للممرضة للتعرف على كيفية استعمال ميكانيكية الجسم استعمالاً صحيحاً .

قواعد ميكانيكية الجسم التي تحكم ترتيب الفراش

الاجراء المقترح	القاعدة
١ – عند وضع المفارش على الفراش وثنيها أسفل المرتبة . إجعلي وجهك مواجهاً للفراش وتحركي أثناء العمل فذلك أحسن من ثني الجسم مع تجنُّب الحركة .	جعل الوجه مواجهاً للعمل ، يحفظ المجموعات العضلية في الوضع الصحيح لأداء العمل بكفاءة وبأقل جهد .
٢ – عند ثني المفرش أسفل المرتبة – ابعدي قدميك عن بعضهما مع ثني الركبتين .	ثني الركبتين – ينقل العمل إلى العضلات الطويلة والقوية . ويحفظ الظهر في وضع جيد .
٣ – عند فرد الأغطيـــــة والإمساك بها ، ضعيها على حافة الفراش – فذلك أحسن من وضعها على الكتفين وزيادة ضغطها على الظهر .	الرفع يشمل التغلب على قوة الجذب على الأجسام .
٤ – عندما تشدين المفارش شداً محكماً ، اجعلي كفيك متجهين إلى أسفل – حتى يكون الشـــد بعضلات الذراعين والكتف .	العضلات الأطول والأقوى بالجسم . تؤدي الأعمال بكفاءة أكثر .
٥ – اجعلي قاعدة ارتكازك عريضة ، وتأرجحي إلى الخلف – حتى يساعد وزن الجسم وتأرجحه على إيجاد القوة المطلوبة للعمل .	التأرجح إلى الأمام والخلف . يجعل وزن الجسم يعمل كقوة . ويُقلل أيضاً الجهد على العضلات .

الباب السادس

المسئوليات التمريضية عند تسجيل المريض بالمستشفى

الفصل الثالث عشر

المحافظة على ذاتية المريض

(أولاً) : مقدمة :

١ — إن حاجة أي شخص لدخول المستشفى . هي جزء من معاناته لمشاكله الصحية ، وهي ليست بداية مشاكله هذه الصحية أو نهايتها ، وهذه ناحية هامة يجب على الممرضة أن تتذكرها دائماً .

٢ — إن طول الفترة التي تُقدّر لإقامة المريض بالمستشفى ؛ لا تُغيّر مطلقاً من مسئوليات الممرضة نحو المريض ؛ حتى إذا كان إدخاله لمجرد إجراء عملية جراحية صغيرة جداً ، أو لتشخيص مرضه أو علاجه ، ولو بقي في المستشفى ليلة واحدة فقط .

٣ — إن فترة بقاء المريض بالمستشفى ، تظل دائماً حدثاً هاماً بالنسبة له .

٤ — إن لدى المريض دائماً مشكلات وتطلّعات قبل دخوله ، وليس من الضروري دائماً أن يكون شفاءه قد تم عند مغادرته للمستشفى .

٥ — الشخص الذي مكث في المستشفى مدة قصيرة ، قد يكون لديه من المشاكل الصحية ، ما يُعادل أو يزيد عن مشاكل شخص آخر أقام في المستشفى مدة أطول .

وغالباً يشعر العاملون بالمستشفى ، أنه لا يوجد ما يجب عمله مع أو

للمريض الذي يقيم بالمستشفى مدة قصيرة ، ومع ذلك فإن معرفة أن إقامة المريض بالمستشفى هي جزء واحد فقط من المشكلة ، سيقود الإجراءات التي تُنظّم عملية إدخاله المستشفى ، ورعايته فيها مدة بقائه ، ثم إعداده لمغادرتها .

(ثانياً) : مسئوليات التمريض في إجراءات المستشفى :

توجد بعض التفصيلات الخاصة باستقبال المريض بالمستشفى – يُتّبع في معظم المستشفيات ، وهي تتعلّق بـ :

أ – التّعرف الدقيق بذاتية المريض .
ب – إجراءات تسجيله .
ج – مقاييس السّلامة للمريض ولممتلكاته .
د – مقاييس السّلامة لحماية المستشفى .
هـ – تحديد حالة المريض عند دخوله .

فمثلاً يُجرى ما يأتي :

١ – يُعطى المريض رقماً بالمستشفى ، لتسهيل عمليات إنشاء سجل له ، وحفظ التقارير الخاصة به وممتلكاته في دفاتر المستشفى .

٢ – يُزوّد ببطاقة شخصية لتحقيق شخصيته .

٣ – تُميّز حاجياته الثمينة وتوصف وتحفظ في خزينة المستشفى (ولا يسمَح عادة بالاحتفاظ بالأشياء الثمينة والنقود الكثيرة في وحدة المريض) .

٤ – تُميّز أيضاً ملابسه التي ستُحفظ بالمستشفى .

٥ – على الممرضات اللائي يستقبلن المريض ملاحظة وجود خرّاجات أو حشرات أو أمراض موضعية ويسجلنها .

٦ – يجرى له الآتي :

أ – إحصاء عدد الكريات الحمراء في دمه .

ب — تحليل بوله .
ج — قياس درجة حرارته عند وصوله إلى وحدته ويسجّل .
د — قياس سرعة نبضه . وعدد مرّات تنفسه . وضغط دمه وتُسجّل .
هـ — يُجرى له اختبار طبيعي (بدني) .

ومع أن إجراءات الاستقبال متشابهة إلى حد ما ، إلا أنها تختلف عن بعضها بعض الإختلاف في المستشفيات المختلفة .

وما دامت الممرضة قد أوكِل إليها أمر المريض ، فعليها أن تقوم بكل المسئوليات المخصصة لقسم التمريض .

فمثلاً في المستشفيات التي بها طاقم (فريق) للاستقبال ، يبدأ عمل العاملين فيه ، في :

١ — إعداد السجلات .
٢ — تسليمه بطاقة تحقيق شخصيته .
٣ — أخذ عينات الدم والبول .
٤ — مراجعة وتسجيل أشياءه الثمينة .
٥ — صرف ملابس المستشفى للمريض وإلباسه إياها .
٦ — إخطار الأطباء والعاملين بذلك .

وفي بعض المستشفيات الأخرى تُوكل بعض أو كل هذه الإجراءات إلى هيئة التمريض .

وهذه التفاصيل هي شكل من أشكال نظُم المستشفى ، وقد تتغيّر من وقت إلى آخر لتطوير الخدمة أو لتحسين استخدام الموظفين .

إن دور الممرضة في استقبال المريض ، لا يعتبر تصرفاً تلقائياً منها ، بل يعتمد على ثلاثة قواعد سبق أن ذكرناها وهي :

١ — أن الإنسان بمجرد دخوله إلى المستشفى ، أصبح مريضاً ينتظر مساعدة الممرضة .

٢ – على الممرضة أن تعامله كإنسان .
٣ – تُعنى الممرضة بصحته وسلامته .

(ثالثاً) : كيفية المحافظة على ذاتية المريض الذي استقبل :

إن طريقة استقبال الممرضة للمريض ، هي من أهم نُظُم إدخال المرضى إلى المستشفيات ، فإن ما تنقله الممرضة إلى المريض بكلماتها وتعبيرات وجهها وإيماءاتها، وغير ذلك من الوسائل ، تساعده على الشعور بالرّاحة أو تزيد من إنقبـــاضه .

وكل شخص يدخل مؤسسة صحية ، يجب إعتباره ذاتية خاصة ، من حيث شخصيته ومقدار مرضه فمثلاً ليست كل التهابات الحويصلات المرارية على حد سواء ، وكذلك التهابات اللّوز ... الخ .

وغالباً ما توضَع نظم المستشفيات أو العيادات أو مكاتب الأطباء– بطريقة تحاول أن تقسِّم المرضى إلى نماذج عامة – وقد تبدو هذه الطريقة منطقية من الوجهة الظاهرية للنظام ، ولكنها قد تؤدي إلى ردود فعل معاكسة عند المريض ، إذ قد يشعر أنّه عُومِل بطريقة لم تسمح له بحرية المشاركـــة ،

وجد علماء النّفس والأطباء النفسيين مثلاً ، أن كثيراً من الأطفال لديهم ردود فِعل عاطفية شديدة نحو إزالة لوَزِهم – وذلك لأن العاملين بالمستشفى يفصلون الطفل عن والديه بعد إدخاله مباشرة ، وبهذه الطريقة يمكنهم إنجاز كثير من إجراءات التحضير بسرعة – سواء كان ذلك بتعاون الطفل أو عدم تعاونه . فيجردون الطفل من ملابسه بسرعة ويلبسونه رداء المستشفى وهو غير مُتعوِّد عليه ، ثم يضعونه في فراش لم يتعوده ، محاطاً بأطفال لا يعرفهم . ثم يؤخذ إلى المخابر لإجراء الإختبارات المختلفة عليه ، ويُعطى أدوية لإعداده للعملية الجراحية .

وعند حلول ميعاد الجراحة له ، ينقلونه من غرفته على أداة غريبة بالنسبة

له ، إلى غرفة الجراحة المعدَّة بطريقة لم يسبق له مشاهدتها – وقد تكون فوق احتماله – ثم يُحاط بأشخاص غرباء يحاولون إرقاده ، بينما يقوم غريب آخر بتخديره حتى تضيع صرخاته .

وعندما يُفيق بعد العملية يشعر أنه مريض ، وقد يزعجه منظر الدم عندما يتقيأ ؛ وإذا طلب جُرعة ماء فقد يخبرونه أنه لا يمكن إعطاءه إياها لأنه تقيأ .

كل هذه الأحداث التي جرَت له خلال ساعات قليلة وفي غيبة والديه ، تكون بالنسبة له كابوساً يلازمه طول حياته ويصعب عليه نسيانه . وقد تنفِّره من المستشفيات فيما بعد .

قد يبدو هذا المثال متطرِّفاً ، ولكن يمكن حدوثه للبالغ أيضاً .

يرتاح المرضى كثيراً إذا أُحسِن استقبالهم وشعروا أن المستقبلين يرحبون بهم ، كما يحبون أن يُنـــادوا بأسمـــائهم ، وأن يعلموا شخصية المتكلِّم معهـــم .

كما أن كتابة اسم المريض على بطاقة تُثبّت على ملابسهم ، يساعد كثيراً المرضى الجُدُد ، إذ أنه قد يستحيل حفظ أسماء أشخاص كثيرين في فترة قصيرة من الزمن ، ويجب معرفة أن المرضى يُعنوْن كثيراً بمعرفة أسماء ووجوه وأشخاص من يتصلُون بهم .

وليس الطفل وحده هو الذي يكون في حاجة إلى شخص يوجد بقربه عند دخوله إلى المستشفى ، بل إن البالغين أيضاً يشعرون بالراحة والاطمئنان عند بقاء أحد أفراد أسرتهم أو أصدقائهم معهم ، حتى تكون لديهم الفرصة ليتلاءموا مع وضعهم الجديد .

ومن المُسلّم به أن التحدُّث مع المريض وعائلته – ولو لبضع دقائق –

يساعد الممرضة على معرفة المريض وفهمه إلى حد بعيد ، كما يساعد المريض نفسه على الشعور بالرَّاحة والإطمئنان عند تركه وحيداً بعد ذلك .

ومن الأفضل للمريض أن لا يُخضَع لنظام لا يلائمه . بل يُطبّق على كل شخص ، فمثلاً قد لا يرغب بعض المرضى في ارتداء ملابس المستشفى ، وأن يوضعوا في الفراش بمجرد دخولهم ، وقد يكون هذا ضرورياً في بعض الأحيان ولكنه ليس ضرورياً غالباً .

إذا لم تكن هناك ضرورة عاجلة لإدخال المريض إلى المستشفى ، فإن إبقاءه مرتدياً ملابسه الخاصة يعني الشيء الكثير له .

وإذا لم يكن مرضه شديداً ، فقد يرغب في ترك فراشه ، لمعرفة المكان الذي سيقضي فيه أوقاته ، كما أنه قد يرغب في معرفة جيرانه — إذا كان في وحدة بها بعض المرضى الآخرين — وذلك لأن المريض يبحث دائماً عن الرفقة والعزَاء واستعادة الطمأنينة بالتحدث مع الآخرين .

ويَحسُن تقديم المريض الجديد لرفاقه في الغرفة عند إدخاله إلى الوحدة ، كما يَحسُن تركه لإنشاء علاقاته الإجتماعية ، وبخاصة إذا كان يشعر أن من الصعب عليه ان يتقرب الى الآخرين.

ومن المريح للمريض ، أن تكون لديه فكرة عما يتعلّق بإتمام إدخاله إلى المستشفى ، وابتداء رعايته فيها ، ويساعد إعطاءَه الإيضاحات اللازمة على عدم شعوره بأنه حُجِز بالمستشفى .

ومهما كانت الإجراءات اللازمة لاستقبال المريض وإدخاله إلى المستشفى ، فيجب شرحها له لمساعدته على معرفة أنها لازمة له وأنها تُجرى لفائدته الخـــاصة .

فإذا لم يكن المريض مُتعوِّداً على الإجراءات التي تُتّبع في المؤسسات

الصحية ، فإنه يشعر بالخوف والإضطراب . والكثير من المرضى يَخشوْن الألم ومعاناة ما يتعرَّضون لرؤيته أو تجربته ، فقد يخشون معرفة تشخيص مرضهم ، أو يخافون من بتر أحد أجزاء جسمهم . كما أنهم يكونون قلقين على عائلاتهم ومنازلهم وأعمالهم والنفقات المطلوبة منهم .

كما أن بعض المرضى يخافون من الأجهزة المعقّدة التي يشاهدونها ، والإختبارات التي يجب أن يخضعوا لها ، ويخشوْن أيضاً من عزلهم وتجاهلهم ، كما يتعجبُّون من كثرة المصطلحات التي يسمعونها من العاملين العديدين الذين يَلبَس كل منهم لباساً مختلفاً ، كما أن المناظِر والأصوات والروائح تكون جديدة عليهم ومختلفة عن ما تعودونه ، وقد تفزعهم كثيراً .

يُفرض عادة على المرضى – عند دخولهم إحدى المؤسسات الصحية – أن يتنازلوا عن كثير من حُريّاتِهم . كما يُفترض أنهم غير مسئولين عما يجري حولهم ، وأن عليهم أن لا يلقوا أسئلة ، وقد لَخّصت « مينافيلد Menafield » الوضع فيما يأتي :

«يُخضع المريض لإختبارات عديدة لا يعرف سببها، ولا تُشرَح له نتائجها، وتأتي ممرضة وتغرس فيه إبرة ، ثم أخرى تضع ترمومتراً في فمه ، وتُحرِّك آلة ذات شكل غريب إلى جوار فراشه ، وتُوصلها بذراعيه وساقيه ، ثم يُوضَع على نقّالة تسير به خلال ممرات طويلة وطُرق جانبية .

كما أن بعض الاختبارات التي يتعرَّض لها ليست مألوفة لديه ، وبعضها يُسبِّب له الألم ، وأغلبها يزعجه ، ومع ذلك فإن أحداً لا يخبره ماذا تعني كُلُّها ولا ما هي نتائجها ، أهي مُرضية ومُطمئنة أم غير ذلك .

ويخشى المريض أن يسأل أحداً ، لأن الجميع يبدون منهمكين جداً في أعمالهم ، ومتنبّهين لما يفعله – وقد لا يجرؤ على السؤال لخوفه من معرفة الإجابة – ومهما كانت الأسباب فإن الأسئلة التي يسألها تظل حائرة في عقله

وبلا إجابة ، فيفترس القلق والخوف عقله » .

قيل وكتب الكثير ، عن جعل الإنتقال من الطريقة العادية للمعيشة إلى طريقة حياة المريض – أسهل وأمتع . وقد حاولت المؤسسات الصحية جعل البيئة فيها أكثر متعة للمرضى ، ومع ذلك فقد ظلّت حياة الإنسان « كمريض» تجربة صعبة عليه ومزعجة له ، إذ لا يمكن لهذه المؤسسات أن تجعل بيئتها مطابقة لبيئة منزل الإنسان – ولذلك فعلى المريض أيضاً أن يتقبل بعض الأشياء الجديدة ، ويُجري بعض التعديلات في عاداته ، حتى يرتاح في وضعه الجديد .

العاملون الصحيون الذين يفكرون دائماً في « طرق تأدية واجباتهم » أكثر من تفكيرهم في « كيفية التعرُّف على المرضى » ، تكون مساهمتهم قليلة في مساعدة المرضى على تقبُّل نظام حياتهم الجديد وتغيير بعض عاداتهم التي ألفوها ، كما أنهم لا يساهمون في تخفيف الجو الطبي بالنسبة للمريض .

والتمريض الجيد خلال مدة إقامة المريض بالمستشفى ، يعتمد اعتماداً كبيراً على قدرة الممرضة على تمثلها لحالة المريض ، ووضعها نفسها في موضعه بأن تسأل نفسها .

« ماذا أريد إذا كنت مريضة ... ؟ »

وتحاول أن تجيب بإخلاص وصدق وتجرُّد على هذا السؤال ، وستكون الإجابة سهلة التطبيق غالباً ، كما أنه على الهيئة التمريضية أن تتميَّز بالشفقة وحسن الفهم ولين الجانب .

دقة مشاهدة الممرضة للمريض

OBSERVING THE PATIENT

(أولاً): دقة المشاهدة مع المراعاة هي وظيفة التمريض :

المشاهدة هي من أهم المسئوليات الخاصة الملقاة على عاتِق المرضة في أي موقع تمريضي ، وهي تبدأ من لحظة الإتصال الأول بالمريض ، وتستمر طالما بقِي المريض في رعايتها .

والمشاهدة تعني أكثر من مجرَّد الملاحظة ، فهي السؤال والاستماع وكذلك التأثير في بعض الأحيان ، ودقة المشاهدة والمهارة في الرعاية هما مسألة تعلُّم دائم وممارسة مستمرة ، وكلما ازدادت مهارة الممرضة ازدادت قيمة مساهمتها في رفاهية المريض وراحته وسعادته .

والمشاهدة مع المراعاة تؤدي عدة وظائف ، فهي :

١ – تساعد الطبيب على تحديد خطة رعاية المريض .
٢ – وسيلة لتحديد مشاكل المريض الأخرى – غير التي أدخل المستشفى من أجلها . مثل وجود جرح ينزف ، أو أن يكون خطِراً على الآخرين ، أو كونه في حالة تشوُّش عقلي ... الخ .
٣ – ضرورية في اختيار أفضل أنواع الرعاية التمريضية للمريض ، مثل مساعدته على رعايته لنفسه ، وأنواع الاحتياطات التي تُوفِّر له الهدوء والراحة .

٤ — وسيلة لمعرفة المريض كشخصية متميزة .

إن رعاية المريض تتطلّب الإتصال الدائم به ، أي ضرورة وجود الممرضة معه حتّى ترى وتحس ما يشعر به ، وتستمع اليه ، ويمكن إيجاد هذا الاتصال أثناء اتخاذ الإجراءات المتبعة عند استقباله بالمستشفى . فمثلاً أثناء أخذ درجة حرارته ، وقياس سرعة نبضه ، وسرعة تنفسه ، وقراءة ضَغط دمه ، يمكن للممرضة أن تتحدَّث مع المريض وأن تلاحظ حالته العامة العقلية والبدنية .

إن رعاية المريض الذي أُدخِل حديثاً إلى المستشفى ، تكون أكثر سهولة ودقة ، إذا اتُبِعت النماذج الآتية :

١ — من المُستحسَن أن تتبع الممرضة عند إجراء الكشف الطبي على المريض — عند استقباله بالمستشفى — نفس النظام الذي يتبعه الأطباء ، فتبدأ بالرأس ثم تتدرَّج إلى أن تصل إلى قدميه ، ويمكن للممرضة أثناء ذلك إجراء مشاهداتها على أفعال المريض وحالته العقلية معاً .

٢ — مع أن الممرضة تتعلّم أثناء دراساتها العملية ، أسباب وأهمية كثير من الأعراض التي تظهر على المريض ، إلا أن واجبها هو أن تسجل مشاهداتها وتُعد التقارير عنها فقط . دون محاولة التشخيص .

فمثلاً قد توجد بعض العلامات والأعراض ، التي تدل على أن المريض مُصاب بصدمة — وعلى الممرضة أن تسجِّل هذه العلامات والأعراض التي شاهدتها فقط — وليس لها أن تذكرُ أنه مُصاب بصدمة ، إذ أن التشخيص هو اختصاص الطبيب لا الممرضة .

(ثانياً): الإصطلاحات التي تستعمل للتعبير عن الأعراض :

أ — أعراض غير ظاهرة : Subjective Symptoms

وهي الأعراض التي يصنعها المريض نفسه ولا يمكن مشاهدتها ، ولكن تَصرُّفات المريض تؤكدها .

مثل : الصداع وآلام الأسنان .

ب ـ أعراض ظـاهرة : Objective Symptoms

وهي الأعراض الظاهرة التي يمكن مشاهدتها بسهولة مثل : الطفح الجلدي- أو الأورام .

ج ـ أعراض جسميـة : Constitutional Symptoms

وهي الأعراض التي توجد نتيجة تأثير المرض على جسم المريض كله .

مثل : أعراض الحمى .

د ـ أعراض محلّيـة : Local Symptoms

وهي التي تظهر على بعض مناطق الجسم .

مثل : ورم الفك .

هـ ـ أعراض ابتدائية : Prodromal Symptoms

وهي التي تسبق ظهور المرض .

مثل الشعور بالآلام قبل ظهور مرض مُعدٍ حاد .

من أهم وسائل مشاهدة المريض ورعايته ـ ومن أكثرها أهمية ، هي :

١ ـ تذكـرة المريض : Patient's Chart

وهي السجل القانوني للمستشفى الخاص بالمريض .

٢ ـ خطـة الرعاية التمريضيـة : Nursing Plan

هي وسيلة للتمييز الشخصي للرعاية التمريضية للمريض ، وهي عبارة عن مُخطّط للتمريض وسجل غير قانوني له ، ويستعمل لتنظيم رعاية المريض .

٣ ــ التقارير : Reports

وهي خاصة بالمشاهدات التمريضية للممرضة أثناء رعايتها للمريض ، ويجب استعمال المصطلحات العلمية الدقيقة فيها .

وليس غريباً أن تقول الممرضة عن شخص مُمدَّد أنه مصاب بآلام معدية . (Belly Ache)

ومع ذلك فإن تقريرها عما يشكو منه وشاهدته . يجب أن يُوضَّح فيه تماماً منطقة البطن التي بها هذا الألم .

وقد يُخبر مريض ممرضته أنه تقيّأ قبل حضوره إلى المستشفى ، فعلى الممرضة ــ بعد سؤاله ــ أن تُسجِّل في تقريرها . وقت حدوث القيء ونوعه وكميته .

وعلى الممرضة أن تُسجِّل ما تراه وتشاهده ، دون المجازفة بتعليله .

فإذا كان المريض عند استقباله . غير حليق الذَّقن . أو غير نظيف . فهذه مشاهدة عليها أن تسجلها في تقريرها ، أما تعليلها لسبب ذلك ، فلا أهمية له فيما يختص بإدخاله إلى المستشفى ، وقد يمكنها تعليل ذلك في وقت آخر ، وليس هناك داعٍ لتسجيلها أنه لم يُعتَن به ، أو أنه كان مهملاً لصحته أو مظهره ، فربما تكون هذه هي عادته أثناء صحته .

وإذا علمت أنه يعيش في منزل ذو غرف كثيرة Roomy House ،أو أنه يعيش وحيداً في مزرعة أو قرية ، فإن هذا قد يدعو للاهتمام عند النظر في رعايته بعد مغادرته المستشفى ، فقد يحتاج إلى تدبير من يعني به في منزله إذا كانت تحركاته ستصبح محدودة .

اقتراحات (آراء) لرعاية المريض:

سنذكر هنا بعض الاقتراحات الخاصة بالرعاية الصحية للمريض وهي :

١ ـ الحالة العقلية :

من الضروري للممرضة أن تعرف قبل اتصالها الدائم بالمريض حالته العقلية ، وقد تكون الأسئلة أو الاستيضاحات عديمة الجدوى ، إذا كان المريض غير قادر على فهمها .

والاصطلاحات الآتية هي اصطلاحات تصويرية (مبدئية) ، إذ أنها تدل على ما إذا كان الإتصال الشخصي ممكناً أو غير ممكن :

أ ـ واع (مُدرِك) : Oriented

يطلق على من كان على دراية بالوقت والمكان ، وغيرها من الظروف البيئيـــة .

ب ـ غير واع (غير مدرك) Disoriented

وهي عكس السابقة . وتطلق على من ليس له الدراية .

جـ ـ مُشوَّش : Confused

يطلق على من لديه تدخلاَت وقتية غير مفهومة ، مع أن عقله يعمل عملاً جيـــداً .

د ـ غير إيجابي (سلـــبي) : Unresponsive

ويطلق على من لا يستجيب للكلمات أو الإيماءات أو غيرها من الإشارات ، ويستعمل عادة لوصف الشخص الواعي الذي لا يستجيب .

هـ ـ مُفكّك Uncoherent

وهو الشخص الذي يتكلّم كلاماً مفككاً غير متصل ببعضه ، مُعبّراً عن أفكار غير متناسقة وبجمل ناقصة ، ولا يمكن للمستمع إليه إيجاد أي معنى واضح لما يقول .

و ــ فاقد الشعور : Unconcious

وهو الشخص الذي لا يُبدي أي اهتمام بحضور الآخرين . ولا يستجيب للصوت أو للفعل .

وهناك بعض المصطلحات الأخرى ، التي قد تكون أحكاماً موضوعية جداً ، ولكن يجب تجنُّبها :

١ ــ منقبض	Apprehensive
٢ ــ مفزوع .	Frightened
٣ ــ غير مكترث	Unconcerned
٤ ــ مُشمئز .	Resentful
٥ ــ مُشاكِس .	Belligrent
٦ ــ سابق الإنشغال	Preoccupied
٧ ــ غير مُتعاوِن .	Uncooperative

(المظهر العام للمريض)

(ثالثاً) : الحالة البدنية العامة : General Physical State

لما كان الطبيب هو المسئول عن الكشف الطبي للمريض . فإنه ينتظر من الممرضة مساعدته بتقاريرها عن مشاهداتها للمريض أثناء رعايتها التمريضية له .
فالمظهر العام لأي شخص ، هو المفتاح لمعلومات أكثر عنه . إذ أنه يوضح :

١ ـ مدى اهتمام الشخص بنفسه .
٢ ـ كيفية العناية به .
٣ ـ المدة التي قضاها وهو مريض وشدة مرضه .
٤ ـ حالته الغذائية .
٥ ـ حالته العقلية .

فمثلاً قد تبدو مظاهر التغذية الجيدة على أحد المرضى عند استقباله بالمستشفى ، ويكون حسن المظهر وظاهر العناية بنفسه أو الاعتناء به .

وقد تظهر على مريض آخر مظاهر الضعف والهزال وسوء التغذية ، وتكون عينيه محاطتان بدوائر داكنة ونظراته كئيبة .

كما تظهر على بعض المرضى علامات الإهمال ـ وبخاصة إذا كانوا مرضى منذ فترة طويلة فيكون :

أ ـ منظرهم مُشعثاً (غير مرتب) .
ب ـ الشعر مُلبّد وغير مُمشّط .
ج ـ أظافر أيديهم وأرجلهم طويلة وتوجد أقذار تحتها .
د ـ الملابس التي يرتدونها رثّة .
هـ ـ الذقن غير محلوق ، وشعرها طويل ، وقد يكون عالقاً به بعض بقايا الطعام .

إن تمتع المريض بحالة بدنية سليمة أو غير سليمة ، قد يكون له علاقة بحالته الصحية الحاضرة ، وقد لا تكون له أي علاقة بها .

واكتشاف الأسباب يحتاج إلى الملاحظة المباشرة ، وقدرة الممرضة ، ولا شك أن هذه المشاهدة مفيدة للمريض ، وتدفع إلى زيادة قدرة الممرضة على رعايته .

إن وصف وتسجيل كل المشاهدات والتدابير التي تُتّخذ ـ في تذكرة

المريض — هو عمل جيد وهام — يساعد على التحديد الدقيق لحالة المريض الطبيعية ، ويتضمن عادة هذا التسجيل بعض الأشياء مثل الأجزاء الصناعية Artificial Parts وهي مثل :

١ — الأسنان الصناعية .

٢ — الوسائل المساعدة على السمع .

٣ — النظـــارات .

٤ — الأشياء المستعارة مثل :

أ — العيون الصناعية .

ب — الأطراف الصناعية .

جـ — الأثداء الصناعية .

د — العِصِيّ .

هـ — العكازات . Crutches

و — الحمّالات . Braces

ز — سنادات الظهر . Back Supports

ويجب ملاحظة أن فقد أو تَلَف هذه الأشياء ، يُسبِّب إزعاجاً للمريض ، كما قد يقتضي التعويض عنها بمبالغ طائلة .

(رابعاً) : السِّن : AGE

تطلب المستشفيات من المريض — عند إدخاله إليها — تحديد سنه ، لإثباته في سجله وتذكرته ، وهو يُسجّل بواسطة مُوظف الاستقبال .

ومعرفة سن المريض لها أهمية كبيرة في المساعدة على أشياء كثيرة مثل :

١ — اختيار كيفية التحدث اليه ، ونوع الحديث .

٢ — اختيار وسائل الترفيه .

٣ — تساعد في حالة تأثير المرض على المظهر الشخصي للمريض ، فيجعله يبدو أكبر أو أصغر سناً من حقيقته .

وبما أن سن المريض هو عامل هام في تخطيط وتنفيذ الرعاية الصحية اللازمة له — فلا بد من تحديده وتسجيله بكل دقة — ويجب تجنب الإصطلاحات غير المُحدَّدة التي تخضع للتقرير الشخصي فقط مثل :

أ — صغير . Young

ب — متوسط السن . Middle Aged

جـ — مُسِن . Elderly

وضرورة تحديد السن بالسنوات .

(خامساً) : الوزن : Weight

يحسن بالممرضة — عند استقبال المريض — أن تقوم بتسجيل وزنه وطوله أيضاً ، إذ أنها دون هذا التسجيل قد تتكوَّن عندها أثناء مشاهداتها فكرة ليست دقيقة عن وزنه ، وتظن خطأ أنه :

١ — نحيل (دون الوزن الطبيعي) Underweight

أو ٢ — بدين (أكثر من الوزن الطبيعي) Overweight (Obese)

ولما كانت هذه الإصطلاحات تقديرية فقط ، فمن الأفضل تسجيل الوزن الحقيقي للمريض .

وقد تكون سياسة المستشفى لا تُلزِم تسجيل الوزن ، ولكن الهيئة التمريضية تجد غالباً أنها في حاجة إلى هذه المعلومات ، لاستعمالها الشخصي في رعاية المريض .

والمريض النحيل أو البدين ، قد يُسبِّب مشاكل عند رعايته التمريضية في المستشفى ، ويَحتاج كل منهما إلى عناية خاصة بِجلده وحركته .

وغالباً ما يكون تحرك المريض ذو الوزن العادي ، وفي الحالات المرضية العادية – سبباً في إيجاد المشاكل – ولكن إذا كان المريض قد أمر بملازمة فراشه وعدم مغادرته ، فلا بد أولاً من الحصول على موافقة الطبيب على تحركه ، حتى إذا كان سيُنقل في نقّالة متحركة ، إذ أن نقله إليها قد يكون مُتعباً ومُضنياً بالنسبة له .

(سادساً) : السمع : Hearing

إذا لم يُكتشف عجز المريض السمعي بأسرع ما يمكن ، فإن ذلك قد يؤدي إلى عدم إدراكه ما حوله وعدم معرفته لما يجري . ويمكن أن تتضح له الأشياء إذا أعطيت له وسيلة سمعية تساعده على السمع .

ويُلاحَظ أن كثيراً من الأشخاص ذوي السّمع المحدود ، لا يقبلون أن يلبسوا وسيلة سمعية مساعدة . ولذلك فقد يتعذّر على الطبيب إدراك هذا النقص فيهم ، ولذلك فيجب أن تُسجِّل الممرضة هذه الملاحظة في تذكرة المريض ، وأن تراعى فوراً في خطة التمريض .

عندما تتحدثين إلى شخص لديه صعوبة في سمعه ، فعليك أن تبذلي كل جهدك في أن تكون كلماتك واضحة . وأن تتأكدي أن ما قُلتِه قد فُهم على حقيقته . كما عليك أن تتجنّبي الصِّياح إلا إذا كانت هناك ضرورة مُلحة له ، إذ أن كثير من الناس قادرين على قراءة الشفاه إذا أمكنهم رؤيتها أثناء تكلم المتحدث ببطء ووضوح .

ولتتجنّبي إزعاج المرضى الآخرين وبخاصة أثناء الليل ، وجهي المصباح الكشاف إلى وجهك حتى يمكن للمريض أن يراقب فمك أثناء الحديث وتعبيرات وجهك .

وهناك طريقة أخرى مفيدة في بعض حالات العجز السمعي ، وهي وضع أطراف الاستيتوسكوب (السماعة الطبية Stethoscope) في أذني المريض

وتكلمي في طرفها الآخر المسمى Bell Portion

(سابعاً) : النظر : Vision

إذا كان المريض مصاباً بعجز بصري (محدود البصر) ، فيجب أن يسجل ذلك في تذكرته ، كما يُراعى عند وضع خطة الرعاية التمريضية .

إن المحافظة على سلامة المصابين بعجز بصري شديد — هامة جداً — وعلى الممرضة اتباع ما يأتي :

١ — وضع الأشياء بحيث يمكن رؤيتها بوضوح ، والوصول اليهـا بسهولـة .

٢ — مساعدة المريض أثناء تناول غذائه ، مثل صَبّها للحساء ، وتقطيع الغذاء ... الخ

٣ — إعطاء المريض التعليمات اللازمة .

٤ — مساعدة المرضى المسموح لهم بالحركة — منهم — أثناء تجولهم واستعمالهم للحمّام ليتجنبوا السقوط والتعثر بالأشياء أثناء سيرهم وتعرضهم للاصطدام ، وكذلك تجنب سيرهم إلى فراغات السلم أو المصعد وسقوطهم فيهـا .

قدرات طبيعية محدودة أخرى : (Other Physical Limitations)

لا شك أن للسمع والبصر أهمية خاصة ، إلا أن هناك قدرات أخرى طبيعية يجب التنبه اليها أيضاً مثل :

١ — فقد القدرة على التحديد Loss if Extremity أو فقد جزء منها .

٢ — استعمال الأشياء الصناعية Use of any Prostheses

٣ — فقد القدرة على أداء العمل في أحد أجزاء الجسم ، مثل أحـد

الأطراف ، أو استعمال الحمالات أو العصي أو العكازات .

وبعض المرضى الذين سبق إجراء عمليات جراحية كبيرة لهم ، قد يرتدون أجهزة مُساندة ، أو أجهزة واقية . أو ألبسة خاصة كالأحزمة . Girdles

وأحزمة القولون Colostomy Belts

وصديريات ذات نهود صناعية Brassiéres with Breast Prostheses

أحذية ذات أشرطة مطاطية Shoes with Elastic Shoe-Laces

أثواب بسحاب Zippered Garments

أو خرطوم مطاطي Elastic Hose

أو كيلوتات مانعة لنفاذ الماء . Moisture-Proof Under-Pants

أو يستعملون الدهانات المختلفة .

فكلٌ من هذه الأشياء ، هو دليل على وجود مشكلة للمريض تجاه قدراته الطبيعية المحدودة .

ويجب أن يسجّل استعمالها ويوضع في الاعتبار عند وضع خطة رعاية المريض وتنفيذها ، لأهميتها الكبيرة في رعايته .

وبعض المرضى يتحدثون بصراحة عن هذه الأشياء ، وينبّهون إلى ضرورة العناية بها ، وقد يحرصون على إبقائها قيد نظرهم . كما أن البعض الآخر يتجنبون الصراحة في التحدث عن مثل هذه الأشيـــاء والمشـــاكل ويخجلون من ذكرهـــا .

وفي مثل هذه الحالة الأخيرة ، يَحسُن الإقتراب من هذه المشاكل بلباقة وحذَر ، إذ لا يمكن تجاهل وجودها ــ ومن الأفضل سؤال المريض عما يمكن عمله لتسهيل هذه الأمور عليه ، ومساعدته على استعمالها أثناء وجوده في المستشفى .

(ثامناً) : الجلد : The Skin

يُغطِّي الجلد كل السطح الخارجي للجسم تغطية كاملة ، وهو يُظهِر حالة الإنسان الصحية ، فبالإضافة لمظهره العام وصفته :

١ — ناعم .
٢ — جـــاف .
٣ — رطـــب .
٤ — مغضَّن .

التي يجب عليها ملاحظته . فعليها أيضاً مشاهدة ما فيه من إصابات ، أو نقص العناية به .

وهذا قد يُستدَل عليه من مشاهدة :

أ — الرضوض .
ب — الكدمات .
ج — الخـــدوش .
د — القطـــوع .
هـ — لدغات الحشرات .
و — القروح ... الخ .

فإن وجود أي منها يجب أن يُسجَّل ، كما يجب مُعالجة الإصابات الموضعية في المريض بعناية ، لتجنب حدوث تلوّث من الأشياء المختلفة ، أو إنتقال العدوى للأشخاص الآخرين .

وبسبب خطورة العدوى بالبكتيريا العنقودية في المستشفيات ، يجب فحص الداخلين الجُدَد إلى المستشفى الذين يكونون مُصابين بجروح مفتوحة والتي تسيل منها الإفرازات — فحصاً جيداً — وتؤخذ مزارع لمثل هذه الحالات في

كثير من المستشفيات ، كما يوضع مثل هؤلاء المرضى تحت احتياطات خاصة حتى تظهر تقارير المختبرات عن إصاباتهم هذه .

وفيما يلي بعض المصطلحات الشائعة التي تستعمل في وصف الجلد والحالات الخاصة به .

١ — التورُّد : Flush

لون أحمر داكن كحُمرة الخجل ، ويصحبه عادة إرتفاع في درجة حرارة المريض ، ويتأثر به الوجه والعنق أكثر من أجزاء الجسم الأخرى .

٢ — الزُّرقة : Cyanosis

لون أزرق داكن ، يظهر في الشفتين ومنبت الأظافر ، ويُسبِّبه نقص الأوكسيجين ، ويشبه هذه الأزرقاق ما يحدث للإنسان عند شعوره بالبرد الشديد أثناء السباحة أو عند خروجه من الماء .

٣ — اليرقان : Jaundice

وهو اصفرار في الجلد ، ويؤثر عادة على السطح الخارجي للجلد وبياض العينين .

٤ — التزهُّر (فقدان السوائل) : Dehydratoin

وهو فقدان جسيم لسوائل الجسم الذي يُسبِّب اتساع الجلد (الترهل) وتغضنه . وتكون الشفتان واللسان جافة وملتهبة .

٥ — الطّفح الجلدي : Rash

هو طفح على الجلد ، وله أنواع وأشكال عديدة ، يمكن معرفتها من دراسة الأمراض الجلدية ، وعند تسجيل هذه الحالة ، يجب على الممرّضة أن تبين بوضوح موضع الإصابة التي شاهدتها .

٦ – الرَّض (الكَدَم) : Ecchymosis

هو إصطدام بجسم صلب تظهر صفاته ، ويجب تسجيل موضعه وحجمه ولونه ووقت ظهوره .

٧ – العَرَق : Diaphoresis

وهو ظهور كمية كبيرة من العرق أو الرَّشح الجلدي ، كما يحدث في حالة تبلل السطح الخارجي للجلد .

٨ – الإستسقاء : Edema

وهو إحتباس السوائل في الأنسجة وتورُّقها ، وقد يحدث أيضاً في تجاويف الجسم .

وهو يُلاحظ غالباً في الأقدام والجزء السُّفلي من الساقين ، كما قد يظهر في بعض المناطق الأخرى من الجسم .

ويبدو الجلد منتفخاً في هذه المناطق ، وعند ضغطها بلطف بالأصبع ، يحدث بها إنخفاض يبقى بعد رفع الأصبع .

٩ – الجُرح : Wound

وهو ثغرة في تماسك الجلد ، ويجب على الممرضة عند تسجيله بتقريرها أن تصف هذا الجرح من حيث :

الحجم – الشكل – العمق – الموضع .

وإذا كان يُخرِج سوائل فيجب وصفها أيضاً من حيث الكمية – والصفة .

فمثلاً يمكن أن يكون السائل ضئيلاً أو متوسطاً أو غزيراً ، والإصطلاحات الخاصة بمظهره هي :

أ – مَصْلي (مائي) : Serous

خفيف يحتوي على المصل .

ب – دموي : Sanguineous

يحتوي على كمية كبيرة من الدم .

جـ – مصلي دموي Serosanouineous

يحتوي على كل من المصل وبعض الدم .

د – صديدي ؛ Purvulewt

يحتوي على الصديد أو يتكوّن منه .

(تاسعاً) : الأظافر : Nails

أظافر أصابع اليد وأصابع القدمين ، هي دليل على حالة المريض الطبيعية ، فمثلاً الأظافر سريعة التقصُّف أو الجافة قد تكون دليلاً على سوء التغذية أو على مرض الشخص .

الشعــر : Hair

هو أيضاً دليل على حالة المريض الصحية ، إذ ليس من المعتاد أن يفقد الشعر بريقه وتركيبه ، أو حتى يسقط أثناء المرض .

إن فقد أو نقص الشعر ، يُسبّب مشاكل فسيولوجية لكثير من الأشخاص وبخاصة النساء – والشعر المستعار قد أصبح شائع الإستعمال للذين يحتاجونه أو الذين يستعملونه لتحسين مظهرهم – وقد وجدت كثير من المستشفيات أنه من الضروري تسجيل أن المريض يستعمل الشعر المستعار وتوصي بالعناية يه والمحافظة عليه – لأن تكاليف إحلال شعر مستعار جديد بدلاً منه إذا تلف أوضاع ليست قليلة .

(عاشراً) المشاهدات والاصطلاحات البطنية والمعوية :

هذه بعض الاصطلاحات الشائع إستعمالها :

١ – الغثيان : Nausea

هو ميل للقيء ، وشعور بعدم القُدرة على إبقاء السوائل أو الغذاء في المعدة .

٢ – القَيء : Emesis

وهو عبارة عن المحتويات التي تُقذَف من المعدة .

وإذا حَدثَ فعلى الممرضة أن تُسجِّل طبيعته وكميته مثلاً :

أ – ٨ أوقيات من الغذاء غير المهضوم .

ب – حوالي ٤ أوقيات من سائل أخضر .

٣ – القيء المقذوف : Projectile vomiting

وهو القيء بطريقة لا يمكن للمريض أن يتحكّم فيها ، وتُقْذَف المواد من فمه بقوة .

٤ – التّمدُّد : Distention

هو تضخُّم أو مظهر تَورم في إحدى المناطق ، وإذا حدث في المعدة فيوجد على هيئة تضخم بطني أعلى المعدة .

أما إذا كان التمدُّد في الأمعاء فيوجد تضخُّم بطني (انتفاخ) ، وإذا طرقنا باصابعنا على المنطقة يحدث صوت يشبه صوت الطّبلة .

(أحد عشر) : المشاهدات والإصطلاحات التنفسية :

١ – كُحّة غير مُنتِجة :

وهي الكحة التي لا يصحبها خروج أي إفراز من المجاري التنفسية .

٢ – كُحّة منتجة :

وهي الكحة التي يصحبها بَصْق البَلغَم .

٣ – المخــاط : Mucus

هو إفراز مائي لَزِج من الغشاء المخاطي ، ويمكن أن يُبصق سواء في حالة وجود الكحة أو عدم وجودها .

٤ – إفرازات الممرات التنفسية : Sputum

هي مادة تخرج من الفم ، ويمكن أن تكون نتيجة تصريف من :

أ – الفم .

ب – القنوات الأنفية .

جـ – البلعوم .

د – اللُّوَز .

هـ – القصبة الهوائية .

و – الشُّعَب .

ز – الرئتان .

ويشاهد كثيراً أثناء وجود الكحة .

وإذا أدخِل المريض وهو مُصاب بالكحة – فعلى الممرضة – أن تتأكد من قدرته على حماية فمه ، ويحسن أن يُزوَّد بمناشف ورقية وعلبة أو كيس ورقي لإلقائها فيه .

(الناعشر) المشاهدات الخاصة بالألم :

يجب على الممرضة أن تستعمل ، كلا من سؤال المريض ومشاهداتها الخاصة ، لتصل إلى الوصف الموضوعي (الموجِب) لأسباب ما تسجله .

ويحتاج الطبيب ، إلى معرفة نوع الألم ، وموضعه بالضبط ، ووقت حُدوثِه .

وفيما يلي بعض الإصطلاحات التي تُستعمل في وصف الألم .

١ – حــاد : Sharp

وهو ألم سريع وثابت ، ويحدث مُفاجئاً Sticking ويكون عنيفاً .

٢ – كئيب : Dull

ليس عنيفاً ولا حاداً ، وقد يكون أكثر إزعاجاً منه مُؤلِماً .

٣ – مُنتَشِر : Diffuse

يشمل منطقة كبيرة ، ويكون المريض غالباً عاجزاً عن الإشارة إلى منطقة مُعيّنة دون أن يُحرِّك يديه على مساحة كبيرة مثل منطقة البطن الخارجية .

٤ – (مُتنقِّل) : Shifting

وهو ينتقل من منطقة إلى أخرى ، مثل إنتقاله من المنطقة السُّفلى للبطن إلى المنطقة العليا .

٥ – مُتقطِّع : Intermittent

يظهر ويختفي ، وقد يكون منتظماً أو غير منتظم .

التسجيل وكتابة التقارير

(أولاً) : تذكرة المريض : The Patient's Chart

السجل هو جزء أساسي في التخطيط لرعاية المريض في كل المؤسسات الصحية .

فالطبيب يحتفظ في مكتبه بالتاريخ الصحي السابق للمريض . ومُلخّص لتفاصيل كل معالجاته .

وفي المراكز الصحية والعيادات توجد أيضاً سجلات مُماثِلة .

وتسترشد الزائرات الصّحيات بسجلات ، يُبين فيها أوامر الطبيب ، وما أجرينه خلال كل زيارة .

وعلى العموم فإن الإحتفاظ بسجلات إخبارية دقيقة هي مسئولية تمريضيّة .

وعند إدْخال المريض إلى المستشفى ، يُعد له سجل وتذكرة — وهي إما أن تصحبه إلى وحدته أو تُرسل اليها بعد دخوله بأسرع ما يمكن .

ويُستعمل هذا السجل بواسطة كل الموظفين الفنيين المُكلّفين برعايته ، وعند اكتماله عند إنتهاء مدة إقامته في المستشفى . يكون هذا السجل قد أصبح تاريخاً كاملاً لعلاجه الطبي ، وردود الفِعل لمرضه . وللتقدُّم الذي حَدَثَ أثناء وجوده بالمستشفى ، مع التوصيات اللازمة لرعايته في المستقبل إذا لزم الأمر .

وقد كانت سجلات المستشفيات تُحفظ فيما مضى بطريقة عشوائية . ولكنها تُحفَظ الآن بطريقة مُرتّبة ودقيقة ، وقد حدث جزء كبير من هذا التقدم نتيجة لتوصيات « الجمعية الأمريكية للمستشفيات » .

« الكلية الأمريكية للجراحة » .

كما كان هذا التقدم نتيجة أيضاً ، لمعرفة موظفي المستشفيات لقيمة التواريخ الصحية الدقيقة في تخطيط الرعاية للمريض .

وتعرف عملية التسجيل في تذكرة المريض باسم Charting

ومعظم المستشفيات لديها نماذجها الخاصة من تذاكر المرضى كما لها تفاصيلها المُحدّدة للتسجيل عليها .

فمثلاً يُستعمل الحبر الأزرق للتسجيل خلال الفترة النهارية ، بينما يُستعمل الحبر الأحمر للتسجيل أثناء فترتي المساء والليل .

وقد اعتبر في وقت ما ، إثبات كل البيانات Entries ، في تذكرة المريض أساسياً . واستمر ذلك سنوات طويلة – ولكن لعدم وجود مُبرِّرات قانونية لهذا الأجراء ، أصبح من المُتّبع – الإكتفاء بكتابة كل الملاحظات في معظم المؤسسات الصحية .

وقد وجد الكثير من مديري المستشفيات ، أن السجلات ، تكون :

أ – أقل تَضخُّماً .

ب – أكثر دقة .

ج – أحسن شكلاً .

د – أسهل إستعمالاً .

إذا كان جزء من محتوياتها مطبوعاً بالآلة الكاتبة ، وتوجد الآن في كثير من المؤسسات الصحية ، الإستعدادات اللازمة لطبع التقارير الطبية ، تقارير المختبرات ، وتقارير الأشعة ... وغيرها ، كما تُستعمل آلات كتابة العناوين

Adoressograph ، في جميع نماذج تذاكر المرضى وكذلك في تسجيل الطلبات Requests

ورغماً عن وجود بعض الإختلافات في التفاصيل ، إلا أن تذاكر معظم المستشفيات والمؤسسات الصحية — تحتوي على بيانات مُعيِّنة متشابهة .

وتشمل التذاكر بوجه عام على النماذج الآتية :

١ — لوحة خارجية :

تعطى معلومات عامة عن المريض مثل :

أ — الاسم .
ب — العنوان .
ج — الجنس .
د — الحالة الزوجية .
هـ — الدين .
و — اسم ولي أمره من أقربائه .
ز — توقيع المريض أو الشخص المسئول عن التصريح بالمعالجة .

٢ — لوحة بيانية :

يُسجّل فيها :

أ — النبض .
ب — مُعدّلات التنفس ، خلال الأيام التالية لدخوله ؛ ولإجراء الجراحة لـــه .
ج — السوائل المأخوذة والمُعطاة .
د — الطول .
هـ — الوزن ... الخ .

٣ — نموذج

يُسجّل فيه :

أ — التاريخ الطبي السابق للمريض .

ب — الفحص الطبيعي .

ج — تشخيص الطبيب .

٤ — نموذج

لتسجيل المختبر لنتائج الإختبارات الخاصة .

٥ — نموذج

تسجل عليه الممرضة كل أنواع العلاج ، والأدوية التي أعطيت للمريض ، وكذلك لتدوين مشاهداتها .

وقد تُستعمل نماذج أخرى إضافية ، ويتوقّف استعمالها ، على طبيعة الخدمات الطبية التي أدخل المريض من أجلها مثل :

أ — Anesthesia

ب — تسجيلات إجراءات الجراحة .

ج — تسجيلات التصرُّف في العيادة النفسية .

د — تسجيلات المخاض والولادة في مستشفيات الولادة .

هـ — نماذج خاصة للأقسام المختلفة ، التي يحتاج المريض إلى خدماتها مثل :

العلاج الطبيعي .

أو العلاج بالأشعة .

(ثانياً) : توصيات الطبيب :

ليس هناك الكثير مما يمكن عمله ، منذ إدخال المريض إلى المستشفى وإتمام إجراءات دخوله — حتى يضع الطبيب المُعالج خطة العلاج موضع التنفيذ .

ولكن في بعض الحالات يُمنَع إعطاء السوائل أو الأغذية ، حتى تصدر أوامر الطبيب بشأنها .

وعلى العموم فتوصيات الطبيب ، هي قاعدة خطة رعايته ، وتوصيات الطبيب تُوجّه نحو المعالجة الكاملة للمريض وهي تشمل :

١ ــ نوع الغِذاء الذي يتناوله المريض .
٢ ــ الأدوية التي توصف له .
٣ ــ أنواع العلاج .
٤ ــ النشاط المسموح له به .
٥ ــ توصيات معاينته بواسطة أطباء آخرين أو بواسطة العاملين الصحيين ، إذا لزم الأمر .

ومن مسئوليات الممرضة أن تتأكد من أن خطة الطبيب يجري تنفيذها بكل دقة .

إن طريقة تنفيذ توصيات الطبيب ، يمكن إجراؤها بوسائل مختلفة ، فبعد كتابة الطبيب لتوصياته يمكن إجراء ما يأتي :

أ ــ تُنقل إلى « دفتر علاجي » .
ب ــ تُنقل إلى « ورقة علاجية » .
جـ ــ تُنقل إلى « كارت علاجي » Kardex أو
د ــ تُنقل إلى سجل خطة رعايــة ، يشمل توصيات الطبيب ، والمعلومات عن المريض التي تَعكِس حاجاته الوقتية والمستقبلية .

وعلى العموم فكل النماذج بها الوسائل التي تتمكّن الممرضات بواسطتها أن يوضحن فيها ، تنفيذ التوصيات المعطاة . سواء كانت هذه التوصيات تجري مرة واحدة أو تُكرّر ، ومن المستحسن أن يكون لدى الممرضة بعض الوسائل التي تمكنها من تحديد العلاج الذي يجب أن يُعْطى للمريض ، وهل نُفذ كما وصف تماماً .. ؟

إن الممارسة العامة لتنفيذ توصيات الطبيب ، يجب أن تُسجّل على تذكرة المريض بمجرد تنفيذها .

وإذا احتاجت الخدمات التمريضية إلى تدبير واستعمال ، « ورقة علاجية » أو « كارت علاجي » ، فيجب أن تُصمّم بحيث يمكن مراجعة التوصيات بعد تنفيذها .

ومثل هذا التدبير يُتّخَذ لإراحة الممرضة فقط ، وليس له أي وضع قانوني .

ويجب تسجيل كل التوصيات على تذكرة المريض بعد إنجازها ، وإذا رفض المريض تنفيذها أو أغفلت ، فيجب الإشارة إلى ذلك مع ذكر الأسباب .

وقد جرّبت كثير من الممرضات بعض التدابير ، لدمج توصيّات الطبيب مع خطة رعاية الممرضة للمريض في جهاز واحد ، كما وجَد البعض الآخر أن أفضلهما أفضل .

إن إختيار طريقة لإبلاغ وتسجيل توصيات الطبيب تعتمد على عدة عوامل مثل :

١ – تكوين الفريق الطبي .
٢ – نوع الخدمات العلاجية .
٣ – وجود الهيئة التمريضية الفنية .
٤ – وجود منهج دراسي مثل (مدرسة طبية أو معهد تمريض) .
٥ – أهداف الخدمة التمريضية .

شعرت الممرضات طويلاً ، بأن عليهن وحدهن يقع عبء توصيات الطبيب ، وقد وجد الكثير منهن أن المساعدين المتمرنين في الأقسام العلاجية – مثل الكتبة ومسئولي الأجنحة – يمكن تعليمهم على نسخ التوصيات وأن يؤدونها بسهولة وأمان وبخاصة لأن هذه العملية ليست عملاً تمريضياً خاصاً .

(ثالثاً) : مذكرات الممرضة : The Nurse's Notes

إن تذكرة المريض ، هي إحدى الأدوات الرئيسية التي تستعملها الممرضة ، في تخطيط رعاية المريض ، وتسجيلها . وعلى ذلك فيجب أن تكون المذكرات التي تُدوِّنُها الممرضة واضحة ومساعدة للآخرين .

(رابعاً) : الاعتبارات القانونية : Legal Aspects

توجد اختلافات كبيرة بين وجهات النظر . فيما يختص بالوضع القانوني للتذكرة . وبخاصة من حيث علاقتها بملاحظات الممرضات . وسبب الإختلاف في هذا الموضوع ناشيء من إختلاف قوانين الدول المختلفة في التسليم بسجل المريض كدليل قانوني في المحاكم .

في بعض الحالات ، تُنقَل ملاحظات الممرضة من تذكرة المريض ، وتُحفظ بملفات خاصة منفصلة بعد تسليم التذكرة لدائرة السجل .

وفي بعض الأحيان الأخرى تبقى كجزء من التذكرة .

كما أنه توجد إختلافات من دولة إلى أخرى ، فيما إذا كانت « ملاحظات الممرضة » ، يجب أن تُحفظ كجزء مستديم من السجل أولا تُحفظ .

كما أن المدة التي تحفظ فيها أجزاء مُعيّنة من تذكرة المريض ، تعتمد على النُظُم المُحدّدة في الدولة ، ومع ذلك فإن الأجزاء الهامة من التذكرة مثل :

١ ــ تشخيص الطبيب .
٢ ــ سجل العلاج .
٣ ــ التشخيص عند خروج المريض من المستشفى .
٤ ــ مُلخّص التذكرة .

نادراً ما يُسمَح بإتلافها .

وقد جرت عدة قضايا شملت سجلات المرضى ، وحُكِم في كل منها – إعتماداً على قواعد شخصية – مُستَمدَّة من القوانين المعمول بها في الدولة ونوع المستشفى .

ونُشر الكثير من هذه القضايا والأحكام الصادرة فيها ، في المطبوعات الخاصة بالمسائل القانونية للمزاولة الطبية ، ويتضّح منها أن :

« على جميع من يسجلون في تذكرة المريض ، أن يتحرَّوا مُنتهى الدقة » .

ومن الأفضل أن يُعَدّ المُسجل إعداداً جيداً في الطرق الفنية لعمل التذكرة . ومثل هذه الطرق الفنية (التكنيكية) تشمل كيفية ووصف للتقارير المختصرة والموضوعية . كما تهدف إلى تجنُّب تقديم تقارير عديمة القيمة .

والبيانات التي تدون بالتذكرة . وتُعتَبر قانونية ، هي التي يُدوِّنها المُسجل بعد أن يخبره شخص آخر ببعض الأشياء ، وذلك بناءً على سماعه لما أخبر به وإعادته بعد ذلك . دون تدخُّل مباشر سواء في الحادثة أو المشاهدة .

وليس هناك إجراء عالمي مُستعمل سواء من الممرضات أو من المؤسسات الصحية ، يبين نوع التسجيل الذي يجب أن يُؤَدَّى ، وتستعمل طرق عديدة للأداء ، بعضها سهل مثل :

أ – تسجيل مراحل مُعيّنة لرعاية المريض وسلوكه . على نماذج خاصة مطبوعة .

ب – أو عمل ملخص يضاف إلى سجل المريض كل ٢٤ ساعة .

كما يمكن ذكر إجراءات أخرى مثل تسجيل ملاحظات ملائمة تعكس كل الرعاية الموصوفة ، والتجاوبات العاطفية للمريض ، والتقدم في التعليم الصحي للمريض ، وغيرها من المعلومات الخاصة بالمريض .

وبما أن إستعمال الطريقة يعتمد على :

١ – الموقف .

٢ – برنامج الرعاية الموضوع .

فيجب أن تُعد الممرضة إعداداً جيداً لحسن الأداء .

وفي المواقف التي لا يكون الهدف منها الإختصار . فإن الملاحظات في تذكرة المريض ، يجب أن تعكس جهود الممرضة في رعاية المريض ، ومشاهداتها التي يجب أن تكون واضحة وصريحة للطبيب أو غيره من الفريق الصحي .

(خامساً) : عمل الممرضة للتذكرة : The Nurse's Charting

يُوَجّه نقد عام للملاحظات الممرضة التي تسجلها على تذاكر المرضى .

« لأنّهن يسجلن الرعاية الروتينية فقط ، مثل عمل حمام ، أو إثبات أن توصيات إعطاء الدواء والعلاج قد نُفِّذت » .

والحقيقة أنه من الواجب ، أن يشمل التسجيل ، الإجراءات التي إتخذت وبعض المشاهدات الهامة ، وكذلك تصف باختصار موضوعي ، المشاكل التمريضية التي أمكن التغلب عليها والنجاح الذي تم ، ولا يتأتى هذا إلا بالممارسة ، والفهم المتزايد للممرضة ، وبذلك تكون سجلاتها وافية .

سجل الممرضة **Nurse's Record**

التاريخ	الوقت	التغذية	العلاج	ملاحظـــات
٧٥/٤/١	٩ صباحاً			حضرت إلى المستشفى على كرسي متحرك . ملابسها تسلمها زوجها . فستان أصفر وقميص أبيض ، وساعة يد ذهبية وبالطو وحذاء . لوحظ أن الذراع الأيمن لا يتحرك واخطر الطبيب بذلك .

(شكل ١)

مثال لطريقة التسجيل تبين إجراءات استقبال المريض ولا تشير أي إشارة إلى المريضة أو احتياجاتها .

سجل المرضة Nurse's Record

التاريخ	الوقت	التغذية	العلاج	ملاحظـــــات
٧٥/٤/١	٩صباحاً			أدخلت بواسطـة كرسيها المتحرك . الذي تستعمله منذ سنة مضت لإصابة قدمها اليمنى المتقدمة . تقول أن الدكتور حسن إبراهيم أخبرها باصابتها بتآكل مضاعف تتكلم ببساطة عن كيفية تعلمها التغلّب عـلى عجزها . (انظر خطة العناية التمريضية لنظام الرعاية الشخصية . وإجراءات الكرسي المتحرك) . أبدت رغباتها في تقليل إعتمادهاعلى الآخرين . سألت عما إذا كانت الجراحة ستكون خطيرة عليها من عدمه. تنفسها كان سريعاً أثناء حديثها.

(شكل ٢)

مثال لطريقة التسجيل التي تصف المريض والتي توحي بوجود خطة قيد الإعداد وتعي بمشكلات المريض وتوجيهه لتحسين حالته .

الشكلان السابقان يبينان الفرق في طريقة التسجيل ، التي يُوصف بها نفس المريض بواسطة ممرضتين مختلفتين ، كما تبينها طريقة تسجيلهما في تذكرة المريض .

الشكل الأول :

يُبيِّن نظرة صارمة لا حياة فيها ، لاستقبال مريض جديد بالمستشفى ، ويُتَّبَع فيها إجراء إداري مُحدَّد يبين إجراءات إدخال المريض ، ولم تسجل فيه الممرضة إلا القليل مما يهم الطبيب أو غيرها من الممرضات .

الشكل الثاني :

يدل على الإجراءات الروتينية أيضاً لإدخال المريض إلى المستشفى ، ولكن الروتين الإداري قد حُذِف ، كما سجلت بالتذكرة معلومات كثيرة مفيدة عن المريض .

عندما يُجري الطبيب إختباراته الطبيعية على المريض ، سيشير إلى مدى قدرات هذا المريض في سجل الفحص الطبيعي ، ويهم الطبيب أن يعرف أن الممرضة قد فهمت تماماً تشخيصه لحالة المرض بوجود تورم شديد Multiple Sclerosis ، — مثلا — وأنها قد عرفت أنه ستجري له جراحة .

والطريقة المقترحة في (الشكل الثاني) — لتسجيل الممرضة ، تُبيِّن أنها ، قد اهتمت بفهم المريض ، وجعلت إنتقاله من المنزل إلى المستشفى سهلاً بالنسبة له ، ومثل هذه التسجيلات (الملاحظات) أو المشاهدات ، تُزوِّد العاملين الآخرين الذين يشتركون في رعاية المريض ببعض المعلومات الهامة والتفاصيل الخاصة بالرعاية التقليدية مثل صحة الفم ، وعادات التجميل Toilet Habits ...الخ، يُحسَن أن تُسجّل في خطة الرعاية التمريضية .

وكثير من التفصيلات التي تبيّن مشاهدات الممرضة في سجلات المرضى — هي مسألة فردية ، أو سياسة عامة للمستشفى .

وليس هناك نظام عالمي لتسجيل مشاهدات المرضة . وعلى المرضة أن تعرف بنفسها التفاصيل المطلوبة في أي مكان تعمل فيه ، فمثلاً هناك بعض التفاصيل مثل :

كيف يجري تسجيل مشاهدات المرضة ... ؟

١ – هل تسجل الإجراءات التقليدية للتمريض ... ؟

٢ – هل يكون توقيع المرضة باسمها الكامل . أم يكتفي بالحروف الأولى منه ... ؟

٣ – هل يجب استعمال الحروف المميزة مثل :

أ – ط – ت S.N. للتلميذة المرضة .

ب – م.م R.N. للممرضة المسجلة .

٤ – هل يُسمح باستعمال الإختصارات مثل :

خ.ف O.O.B. (خارج الفراش) .... ؟

٥ – كيف تُصحّح الأخطاء ... ؟

٦ – هل يمكن ترك سطور بين الكتابة ... ؟

٧ – هل تُسجّل زيارات الطبيب ... ؟

وكثير غيرها ...

ولأن تسجيل الرعاية التمريضية يستغرق وقتاً ، فقد يمكن التغاضي عن ذكر التفاصيل ، وضبط هجاء الكلمات ، وعدم وضوحها – و لا تُحاسَب المرضة عليها .

وتذكر بعض النشرات التمريضية التي ظهرت حديثاً ، أن بعض المؤسسات الصحية الآن تُجرِّب إستعمال آلات للتسجيل ، وان استعمالها قد إنتشر الآن في تسجيل جزء كبير من تقارير الأطباء . كما أُجريت تجارب على إملاء

الممرضات لمشاهداتهن على آلة التسجيل ، وتضاف إليها التفسيرات الخاصة بالتعديلات التي أدخلت على تذكرة المريض بواسطة سكرتيرة الجناح — وقد أدَّى ذلك إلى تحسين في نوع المشاهدات، ومظهر السجلات، فضلاً عن توفيره لوقت الممرضة. وكانت نتائج ذلك مُرضِية— وينتظر إنتشار استعمال هذه الطريقة .

(سادساً) : التوصيات التمريضية وخطط الرعاية التمريضية :

Nursing Orders & Nursing plans

توجد في معظم المؤسسات الصحية نظم تحكم عمل موظفي التمريض وتُؤمن نوعاً رسمياً من الرعاية التمريضية لكل المرضى .

هذه النظم هي نتيجة التنسيق بين الإستقصاءات الإدارية ، والتخطيط ، وقدرة الموظفين الموجودين .

وتشمل هذه النظم — في المستشفيات — أشياءً عديدة مثل :

١ — عدد مرَّات تغيير الأربطة يومياً .
٢ — مواعيد تقديم الوجبات الغذائية .
٣ — تحديد الموظفين المكلّفين بتقديم هذه الوجبات .
٤ — الأوقات المحدَّدة لزيارة المريض .
٥ — عدد الزائرين المسموح لهم بزيارة المريض ... الخ .
٦ — مواعيد إجراء أنواعٍ معينة من العلاج الطبي خلال الأسبوع .

ومن الواضح أن هذه النظم توجد الرابطة بين الأقسام العديدة في المستشفى وبين عملية التخطيط .

كما يترتب على دائرة التمريض ، أنظمة إضافية أخرى مثل :

أ — مواعيد استحمام المريض .
ب — كيفية استحمامه .
ج — مواعيد إجراء القياسات الصحية المختلفة ... الخ .

ويمكن إجراء بعض التعديلات على هذه النظم ، لإرضاء المريض وإراحته بما يتفق مع خطة رعايته التمريضية ، وهذه التعديلات يمكن أن تُسجّل في خطة الرعاية التمريضية ، التي تثبت في تذكرة المريض ، التي تُستعمل بواسطة أعضاء هيئة التمريض .

إن شرح الفرق بين التسجيل في تذكرة المريض ، وخطة الرعاية التمريضية ، هو أمر هام لتوضيح الفرق في الغرض من كل من الإجرائين .

فتذكرة المريض ، يجب أن تثبت بها المشاهدات والملاحظات ، ذات العلاقة المباشرة بمشاكل المريض الصحية ، وهي تعتمد على مشاهدات الممرضة للمريض وملاحظتها له .

ولإرشاد الممرضة في تسجيلها لمشاهداتها وملاحظاتها في تذكرة المريض ، يمكن أن تسأل الممرضة نفسها .

ماذا يريد الطبيب ... ؟

وما هي الأشياء التي يحتاج إلى معرفتها ... ؟

فالطبيب حين يقرأ تذكرة المريض ، يهمه أن يعلم ما يأتي : —

١ — هل نُفِّذ علاجه الطبي الموصوف ... ؟
٢ — إذا لم يكن هذا العلاج قد نُفِّذ — فما هي الأسباب ... ؟
٣ — ردّ فعل المريض بالنسبة للعلاج .
٤ — الملاحظات — التي لاتتعلق بالعلاج ويلزم بحثها .
٥ — مقدار تقدُّم صحة المريض ...
٦ — المشاكل المتعلقة بصحة المريض — والتي لم يكن ضرورياً أن تكون جزءاً من توصياته المكتوبة .

النقاط ١ — ٢— ٣ — شديدة الصلة وهامة لإستيفاء مسئولية الممرضة في تنفيذ توصيات الطبيب المعالج .

والنقطة رقم (٤) ضرورية لإستيفاء مسئولية الطبيب ، بمساعدته في ملاحظة المريض .

والنقطتان رقم (٥ – ٦) ، تُظهِر كيف أدّت المرضة دورها في رعاية المريض .

ويجب أن لا يكون ذلك تكراراً . لما هو موجود في خطة الرعاية التمريضية ، ولكن يكون تعليقاً مفيداً واستنتاجاً قيماً منها .

أما خطة الرّعاية التمريضية ، فهي توضع كأساس إبتدائي لموظفي الهيئة التمريضية ، وهي تحتوي على التوصيات والإجراءات الواجب إتباعها لرعاية مريض مُعيّن . كما أنها دليل لأي ممرضة لما يجب عليها معرفته لرعاية المريض .

فمثلا عند وضع خطة رعاية تمريضية ، لمريض مبتور السّاق ، وبه بعض المُعوِقات الطبيعية الأخرى . ويتعلّم كيف يسير على عُكّازين – فيجب أن يُذكر ذلك بالتفصيل مثل :

١ – ايجاد نظام يُتّبع لمساعدته على ترك الفراش ومساندته .
٢ – تمارين لتقوية الذراعين .
٣ – تقييم لتقدمه في استعمال العكازات .

ومثل هذه التفصيلات لا تتعلّق بتذكرة المريض ، ولكن شرحها الذي يقدّم يساعد الطبيب إلى حد كبير في معالجة المريض .

ومثال آخر لمريض مُلازِم للفراش ، ويطلب كوباً من الماء الدّافيء كل صباح قبل تناوله طعام الإفطار ، مُعلّلاً ذلك بتعوُّده عليه في منزله « لحفظ سلامة أمعائه » . هذا الطلب البسيط ، يجب أن نُقدِّر ما يمكن أن يحدث عند رفضه . فقد يصبح المريض مضطرباً عاطفياً ، كما قد يعاني من الشعور بالمهانة أو الحنق من الهيئة التمريضية ، أو قد يشعر أن وضعه الجديد كوضع السجين الذي لا يمكنه طلب أن شيء . كما قد يعيق عملية تبرزه فيحتاج إلى حقنة

شرجية أو مُسهِّلات ، وقد تُسبِّب له هذة المسهلات إزعاجاً أو يصبح أكثر إضطراباً .

كما أن إعطاءَه الحقنة الشرجية ، يخلُق عملاً أكثر للهيئة التمريضية ، الذين كان من الواجب عليهم تلبية طلبه واعطاءَه كوب الماء الدافىء الذي طلبه من البداية .

وإذا تسبب ذلك الإمتناع في إيجاد الإضطراب Disruption . فقد يحتاج المريض لقضاء عدة أسابيع في حالة غير متوازِنة عاطفياً وطبيعياً .

وهذا المثال قد يكون أعمق أثراً ، إذا كان لدى المريض مشاكل أخرى لم تكن محل عناية ، كما أن خيبة الأمل المتراكمة قد تسبب له الشعور بأن تجربته بالمستشفى كانت غير مرضية بالمرة .

ويلاحظ أن الإستجابة لبعض الرغبات الصغيرة للمريض ، تسبب له في كثير من الأحيان الإحساس بالسعادة والراحة .

بعض التعديلات التي يرى إدخالها على رعاية المريض ، يجب تسجيلها إما في الخطة التمريضية أو في بطاقة العلاج (Kardex) بواسطة الممرضة المسئولة عن رعاية المريض التمريضية .

وهذه التعديلات لها معنى التوصيات التمريضية إلى حد ما ، ويجب على باقي الممرضات اللاتي يشتركن في رعاية المريض أن ينفذنها ، ويحسن عند وضع هذه التعديلات أن تُوضَّح أسبابها وبخاصة إذا كان فيها شيء من الغموض .

وفي المثال السابق ، يجب على الممرضة أن تسجل في الخطة التمريضية ، التوصية الآتية :

« قدمي كوباً من الماء الدافيء للمريض قبل إفطاره » .

ويجب على كل مكلّف برعاية هذا المريض ، مراعاة تنفيذ هذه التوصية في ميعادها .

وهذه أمثلة أخرى لتسجيل التوصيات التمريضية في خطة التمريض :

١ — أديري المريض على أي من جانبيه ، وتجنبي ذلك عند تناوله وجبات طعامه .

٢ — لا تقدمي وجبة العشاء يومي الأثنين أو الخميس — إذ أن المريض يكون مُصاباً بالغثيان بعد علاجه بالكوبالت .

٣ — يسمح له بالسير عند وجود أحد موظفي الهيئة التمريضية أو أحد أفراد أسرته فقط .

٤ — يستعمل الغسول يومياً للقدمين .

قد يطلب المريض من أحد العاملين المساعدين تنفيذ رغبة مُعينة له — هذه الرغبة يجب أن تُنقَل للممرضة نفسها لفحصها ، وتقرير ما تراه بشأنها — ويُسهِّل هذه العملية وجود علاقة متصلة وتعاون كامل بين الممرضة والأعضاء المساعدين أثناء الخدمة ، وأن يعمل الجميع كفريق متكامل ومتضامن .

إن أحد واجبات الممرضة هو قيادة وإرشاد المساعدين في الخدمة التمريضية ، ويساعدون في رعاية المريض ، وذلك خلال الجلسات والإجتماعات التي تعقدها لمناقشة خطة الرعاية التمريضية ومتابعتها ، وفيها يمكن مساعدة الموظفين المساعدين على معرفة نوع المعلومات التي يجب عليهم إبلاغها للمسئولين عن المريض .

إن التوصيات التمريضية ، هي عبارة عن التعديلات التي أدخلت على خطة رعاية المريض ، والتي يمكن للممرضة أن تنفذها لراحة المريض وسلامته ، وذلك نتيجة لمعرفتها الكاملة بمرض المريض وخطة الطبيب ، مع ما يجب عمله لرعايته وتنفيذ ما يمكن من رغباته .

وسنبحث فيما بعد التعديلات التي يمكن إجراؤها في الظروف المختلفة ، وكثير منها يمكن للممرضة أن تتبيّن الصالح منها وتنفذه — دون أن يوصي بها الطبيب .

(سابعاً) : خطط الرعاية التمريضية تُوفِّر استمرار الرعاية :

Nursing Care Plans Preserve Continuity of Care.

إن وضع خطة الرعاية التمريضية لأي مريض . يجب أن تكون شاملة لكل المدة التي يُتوقّع أن يستغرقها علاجه . ولا يجوز أن تُنفّذ الخطة يوماً ثم تُغفَل في اليوم التالي ، لأن ذلك يؤثر تأثيراً سيئاً على المريض . ولا بد من تدبير كل ما يلزم لضمان إستمرار تنفيذ خطة الرعاية التمريضية .

هناك نماذج عديدة للرعاية التمريضية . وليس بينها طريقة يمكن أن تفي بأهداف جميع الممرضات في كل الأحوال التي تصادفهن .

ومهما كان النموذج Form المُعد للاستعمال . بواسطة أي مجموعة من الممرضات ، مُؤسّساً على أسُس الرعاية المُعتمدة بالمؤسسة ومُتّفقاً عليها من هيئتها الطبية والتمريضية — فإن للممرضة الحق في تمييز بعض الخدمات عن بعضها الآخر ، ويظهر هذا في إختيار نوع النموذج الذي يُستعمل .

فمثلاً في بعض الخدمات التي تتم داخل المستشفى . يُطلب من الممرضة تقييم الاحتياجات النشاطية للمرضى ، وتشجيعهم على ممارسة بعض الأنواع المعينة من تمارين الفراش ، وقد يكون هذا متعذراً في بعض المواقع الأخرى .

ولكن عندما يكون مطلوباً من الممرضة إجراء هذا التقييم . فيمكن إعداد المعلومات اللازمة وتجهيزها لموظفي الهيئة التمريضية الآخرين وإثباتها في خطة التمريض . (أنظر الشكل ٣) .

التاريخ	خطة الرعاية التمريضية
٧٤/٥/١	تترك السرير على كرسي ، وتحاول أن تؤدي ذلك بنفسها ، ولكنها تحتاج لمن يساعدها أثناء الوقوف . تتبول كثيراً ولاتتحكم في ذلك . نظرها ضعيف ، وتتحسس الذين حولها ، كما أنها لا تسمع جيداً . تحتاج لمن يساعدها في حمامها وغسل شعرها ، إذ أن أحد ذراعيها لا يمكنها رفعه إلى أعلى . تستعمل القصرية في السرير ، لعدم تمكنها من الذهاب للحمام . تحتاج للنظافة الشخصية باستمرار ، لحمايتها من الإلتهابات لكثرة تبولها على نفسها . كما تحتاج إلى استمرار النظافة وتدليك الظهر . تحتاج للمساعدة في الأكل .

(شكل ٣)

نموذج لخطة رعاية تمريضية بسيطة ، يسهل بواسطتها على الفريق الصحي كله الذي يساعد في التمريض ، الحصول على المعلومات اللازمة عن المريض ، مما يساعد على استمرار الرعاية ، كما تُوفِّر على المريض اضطراره لتكرار شرح حالته لكل من يعنيه امره .

يُبيِّن (الشكل ٣) السابق ، جزءاً من خطة تمريضية ، ويظهر منها أن الممرضة التي ستتولى الرعاية التمريضية للمريض اليوم – لأول مرة – ستكون قادرة على الاستمرار في تنفيذ الخطة التمريضية الموضوعة والتي نفذتّها الممرضات السابقات ، بغير حاجة إلى سؤال المريض عن تفصيلات نظام رعايته المُقرر ، كما يتضّح منها أيضاً عدم حاجة المريض إلى تغيير خطة رعايته التي سبق له أن ساعد في وضعها بتعاونه مع ممرضاته السابقات .

وبدون مثل هذه الخطة التمريضية ، يَتعذَّر على الممرضة التي تتولى رعاية هذا المريض لأوّل مرة أن ترعاه رعاية جيدة دون إضاعة وقتها أو مضايقة المريض نفسه .

ويمكن للممرضة أن تعرف من مثل هذه الخطة التمريضية :

١ – كيف يعمل له حـمّامه .

٢ – وجود مشكلة غذائية من عدمه .

٣ – وجود سبب يمنع من أداء عمل مُعيّن .

٤ – طريقة إلباس المريض المفضَّلة عنده .

٥ – طريقة شربه .... الخ

هذا بالإضافة إلى أن الممرضة يمكنها بفحص هذه الخطة ، أن تستمر في رعايته ، دون شعوره بالتأفُّف من تكرار طلب المعلومات منه .

ويجب أن تعرف ، أن خطط الرعاية التقليدية لا جدوى منها بالنسبة للمرضى المصابين بأمراض مُزمنة ، فهؤلاء المرضى لهم نُظُم مُحدَّدة خاصة ، تكون نتيجة لكثير من التّحريات ، وتخطيط مشترك يُوضع باشتراكهم مع الأطباء والممرضات وغيرهم من العاملين الصحيين .

وغالباً ما يكون إضطرار هؤلاء المرضى لشرح كيفية أداء عمل مُعين بطريقة معينة ، لكل ممرضة جديدة – سبباً في إزعاجهم وإضطرابهم .

وخطة الرعاية التمريضية ، كجزء من خدمة تمريضية فعّالة للمريض – لها

تأثيرات عديدة مثل :

أ — مساعدة المريض على العودة إلى أحسن حالاته الصحية .

ب — مساعدته على الإحتفاظ بذاتيته ، وطريقته الخاصة في الحياة — بقدر الإمكان — عندما تتولى مؤسسة صحية رعايته .

ج — تسهيل الخدمة التمريضية ، وتوفير الوقت ، بتوضيحها المعلومات اللازمة — من واقع الخطة التمريضية الخاصة برعاية المريض والمُعدَّة له فعلاً ،

د — تسهيل إنتقال المريض من المستشفى إلى منزله ورعايته فيه .

وإن التخطيط التمريضي الجيِّد والسليم ، يجب أن يشمل إعداد المريض لمغادرة المستشفى — حتى إذا كانت هذه المغادرة غير مُحدَّدة الوقت أو بعد فترة طويلة .

كما أنه من الأساس جداً — عند تخطيط الرعاية الصحية للمريض — أن يُحدَّد نوع المعرفة والمهارات التي سيحتاج إليها المريض بعد مغادرته المستشفى .

(ثامناً) : التخطيط لمغادرة المريض للمستشفى :

Planning of the Patient's Discharge

يجب عند التخطيط لمغادرة أي مريض للمستشفى مراعاة ما يأتي :

١ — تقدير إحتياجات المريض في المستقبل .

Estimating the Patient's Future Needs

إن النظرة المنطقية للتخطيط لرعاية المريض ، يجب أن تشمله من البداية .

ففي كثير من الأحيان تعلم الممرضة أن مريضها سيحتاج إلى المساعدة في :

أ — ارتداء ملابسه .

ب — شربه .

ج — تعرضه للتبلل .

د — إعطائه الحقن .

هـ — إعطائه الأدوية المقررة .

ز — تغذيته .
ح — تمريناته الخاصة ... الخ

ويكون هذا العلم سابقاً لإدراك المريض لحاجته إلى هذه المساعدات .

كما قد يكون لدى المريض كثير من الأسئلة ، التي لا تتوقعها الممرضة ، وتتعلّق بما سيؤول إليه أمره بعد مُغادرته المستشفى .

والغرض الحقيقي من التخطيط المشترك ، هو تَجنُّب الإضطراب الشديد ، عند إعداده لمغادرة المستشفى ، وقبل خروجه منها .

ولمعرفة ما إذا كان لدى المريض أي مخاوف بالنسبة للمستقبل ، يجب على الممرضة أن تمنحه الفرصة للتعبير عن مشاعره وآرائه عن رعايته بعد المغادرة وأن تشجعه على إلقاء أي أسئلة قد تخطر له .

ويُلاحظ أن كثيراً من المرضى ، يكون لديهم الإحساس ، بأن ما يحدث لهم بعد مغادرتهم للمستشفى إلى منازلهم ، لا يعني موظفي المستشفى ، ويحدث ذلك الإحساس لأن أحداً لم يعن باكتشاف ماذا سيحدث للمريض بعد مغادرته المستشفى .

كثيراً ما يُحجم المرضى عن الحديث ، عما يُنتظَر أن يُحدث — بعد مغادرتهم للمستشفى — من ناحية مرضهم أو رعايتهم الصحية ، ولكن يظهر أثر ذلك في تصرفاتهم وإتجاهاتهم ، فمثلا قد يمتنعون عن التحدث في مشاكل أو مواضيع معينة ، إما لشعورهم بالحرج ، أو لأنهم لا يعلمون أن الممرضة يمكن لها أن تساعدهم على التغلّب على هذه المشاكل .

وكأمثلة لهذه المشاكل ما يأتي : —

١ — العجز المالي عن شراء الأجهزة التي يحتاجون إليها .

٢ — الجهل بكيفية الحصول على أغذيتهم المُحدَّدة لهم ، وبأماكن وجودها .

٣ — الخوف من إيذاء أنفسهم ، عند قيامهم بحق أنفسهم في المنزل .

٤ ــ عدم درايتهم بطرق تقدير كميات الأدوية المقررة وقياسها بدقة .

٥ ــ عدم التأكد من قدرتهم على معرفة أثر طريقتهم الجديدة في الحياة على الآخرين وبخاصة المحيطين بهم .

٦ ــ القلق من أن يصبحوا عالة على ذويهم ، أو أن يكلفوهم نفقات كبيرة ..... الخ

ولا شك أن من أهم المساعدات التي يمكن للممرضة أن تُقدّمها للمريض هي معاونته شخصياً على التغلُّب على مشاكله وما يتوقّع أن يصادفه من مصاعب ، فهي كعاملة في ميدان الصحة ، لديها القدرة على فهم هذه المشاكل وإيجاد الحلول اللازمة لها ــ وإذا لم تكن قادرة شخصياً على المساعدة المباشرة فيها ، ففي إمكانها الإستعانة بمن يمكن أن يساعدوا في حل مشاكله .

(تاسعاً) : التخطيط مع العائلة والمريض :

Planning with the Family and the Patient

بعض المرضى يمكنهم الحصول على كل المعلومات التي يرغبون فيها ويساهمون فيها مع أفراد عائلاتهم . ويحتاج البعض الآخر إلى مساعدة أفراد العائلة في التخطيط لرعايتهم .

والحالة الثانية هي الأكثر حدوثاً وبخاصة في حالات المرضى الذين يعتمدون على شخص آخر في كل رعايتهم أو جزء منها على الأقل ، أو الذين لديهم نقص لغوي ، أو الذين تكون حالتهم العقلية تدعو إلى معرفة الآخرين بتفصيلات رعايتهم .

والتخطيط مع أفراد العائلة يجب أن يبدأ مبكراً ، لأنه كلما كانت معرفة الهيئة الصحية بدقائق الوضع أسرع ، تزداد سرعتهم في إجراء التعديلات الضرورية المطلوبة .

ويجب على الممرضة أن تُسجّل في خطة رعايتها للمريض ، كيف يمكن لأفراد العائلة أن يُعدوا مريضهم للرجوع إلى منزله .

وقد تحتاج الممرضة – في بعض الأحيان – إلى شرح المشكلة لأشخاص آخرين مثل الاخصائي الإجتماعي أو ممرضة الصحة العامة لدراستها وإبداء رأيهم فيها وإقتراحهم للحلول اللازمة أو مشاركتهم في حلّها .

وتختلف المؤسسات الصحية فيما بينها ، في مقدار الصلاحيات التي تُعطيها للممرضة لتخطيط الرعاية التمريضية دون إشتراك الطبيب ، وقد يُسمَح في بعضها بايصال المشاكل التي تحتاج إلى اخصائيين ، إلى الأقسام الأخرى بالمؤسسة أو إلى الأخصائيين من خارجها ، بعد موافقة الطبيب على تحويلها .

ومع ذلك فإن الأطباء يُقدّرون ويشكرون الممرضات القادرات على المساعدة في إعداد المريض وعائلته إعداداً كافياً لمغادرته المستشفى ، لأن الفشل في ذلك قد يخلق مشكلات أُخرى .

فمثلاً إذا أعطيت التعليمات السريعة للمريض بأخذ دواء معين في المنزل ، ونتج من سوء فهمه للتعليمات أن أخذ الدواء دون الإلتزام بالدقة اللازمة ، فقد يضر ذلك بعلاجه ويعيق شفاءه . مما يسبب إزعاجاً للمريض وعائلته ، كما أنه قد يتسبّب في استدعاء الطبيب في وقت متأخر لإسعافه ، وقد ينتج من ذلك أيضاً مرور فترة من الوقت لتلافي الضرر الذي حدث وإعادة المريض إلى حالته الأولى التي كان عليها .

ولذلك فلا بد من أن تكون تعليمات الرعاية الصحية للمريض في المنزل مكتوبة .

(عاشراً) ضرورة كتابة تعليمات رعاية المرضى بالمنزل :

بالإضافة إلى الشرح الشفهي لما يجب عمله نحو رعاية المريض في منزله ، فكل التعليمات التي تشمل إجراءات الرعاية الصحية ، والتغذية ... الخ يجب أن تكون موضَّحة كتابة . .

ومع أن التعليمات المكتوبة تحتاج إلى وقت لإعدادها ، فإن قيمتها للمريض في الفترة التي تلي مغادرته المستشفى لا يمكن إنكارها أو تجاهلها ، فهي مريحة

لكل من المريض وعائلته . لأنها مَرجِع يمكنهم الرجوع إليه في المنزل .

ويجب أن تؤكِّد هذه التعليمات على ضرورة إتِّباعها بكل دقة وعناية .

ومن الخطأ الشديد الذي ترتكبه الممرضة ، في إعداد المريض وأفراد عائلته لمغادرة المستشفى . أن تظن أن كل ما قالته لهم قد فُهم بوضوح ويُتَذكّر بدقة .

(أحد عشر) : الإتصال بأقسام أو مؤسسات أخرى :

إن الوسائل التي تُتّبع في إيصال المعلومات الخاصة بمريض إلى مجموعة أُخرى من العاملين الصحيين الذين سيساعدون في رعاية المريض رعاية جيدة ، هي شكل آخر من أشكال التسجيل وإعداد التقارير . ويسمى الشخص أو الهيئة أو المؤسسة التي تُوصَّل إليها هذهالمعلومات « جهة التحويل Referal » ؛

ومن الشائع استعمال هذا الإصطلاح للدلالة على الإتصال بمؤسسة للصحة العامة (التحويل عليها) .

إن خبرة « جهة التحويل » ، هي ما يطلبها الطبيب عند إيصال المعلومات إلى مؤسسة الصحة العامة ، لإعطاء المريض الرعاية الصحية اللازمة ، وقد تُحوَّل مثل هذه الحالات إلى المؤسسات الإجتماعية أو مراكز التأهيل المهني ، أو بيوت التمريض أو المستشفيات الأخرى .

بينما يقوم الطبيب بهذا التحويل ، فإن من مسئوليات الممرضة إعداد مُلخّص عن خطة التمريض الحالية وغيرها من التفسيرات الملائمة .

وستجد مثلاً ممرضة الصحة العامة — التي ستُتِم خطة الرعاية الصحية للمريض التي بدأت في المستشفى — في هذا الملخص مساعداً لها ، إذ يُوفر وقتها ، ويسهل عملية إنتقال المريض .

يوجد في بعض المؤسسات الصحية موظفين مختصين لتقديم المعلومات عن المريض التي لا توجد عادة في تذكرته ، فمثلاً مريض كان يعالج بالعيادة

الخارجية لعدة شهور ، ثم تقرَّرت حاجته إلى إدخاله المستشفى ، فلا بد في هذه الحالة من إعداد تقرير يحوي النقاط الأساسية لرعايته التي كانت تُقدَّم له في العيادة الخارجية ، وهذا التقرير قد يكون هاماً للوصول إلى أحسن خطة لرعايته الصحية داخل المستشفى .

كما أن مريضاً قد يغادر المستشفى ويحتاج إلى إستمرار رعايته في العيادة الخارجية ، وفي هذه الحالة أيضاً لا بد من إرسال تقرير من المستشفى إلى العيادة الخارجية يتضمن كل المعلومات الهامة في رعايته الطبية أثناء وجوده فيها .

ومن المؤكد أن حفظ خطة الرعاية التمريضية لمريض في سجلات المؤسسة الصحية ، يمكن بواسطته لأي عضو من هيئة التمريض أن يُعِدَّ التقرير اللازم عنه . ويجب تَحرِّي الدقة وإثبات النقاط الهامة من خطة الرعاية الصحية في التقرير الذي يُعد عن المريض .

وعند إعداد التقرير ، يمكن للممرضة أن تسترشد بمبدأ :

« ماذا أُريد أن أعلمه أنا عن هذا المريض ، إذا كنت الشخص الذي سيكلَّف باستمرار رعاية المريض ... » .

وسواء كانت إقامة المريض في المستشفى لمدة طويلة أو قصيرة — فإنها لا تعدو كونها طور من أطوار مشكلته الصحية ، وأن المريض ينتظر أثناء إقامته فيها أن يُعامَل كشخصية مستقلة بذاتها ، وأن يحصل على كل مساعدة ورعاية للتغلب على المشاكل التي يواجهها وأن يشعر أنها كانت تجربة مفيدة .

كما أن مغادرته للمستشفى لا يجب أن تكون قاصرة على تسديد فاتورة المستشفى ، وإسترداد ملابسه وأشيائه الثمينة ، وتركه المستشفى في ساعة مُعينة من اليوم — فحسب — بل يجب أن تشمل إقتناعه من إمكانه التغلُّب خارج المستشفى على الأطوار التالية لمشكلته الصحية إلى أن يتم شفاؤه .

الأعراض الحيوية

THE VITAL SIGNS

تعريف الأعراض الحيوية :

الاعراض الحيوية هي :

(أولاً) : — درجة الحرارة .

(ثانياً) : — مُعدَّل النبض .

(ثالثاً) : — مُعدَّل التنفس .

(رابعاً) : — مقياس ضغط الدم .

وتنعكس عادة التغيرات التي تحدث في وظائف الجسم على هذه الأعراض الحيوية ، كما أن ميكانيكية الجسم حساسة جداً لهذه التغيرات — ولذلك تسمى بالأعراض الحيوية أو (الأعراض الرئيسية Cardinal Sympioms) .

ويميل الأطباء الآن إلى تقليل اعتمادهم على هذه الأعراض الحيوية عما كان يحدث خلال الأجيال السابقة ، عندما كانت آلات التشخيص والفحص الطبي وقتذاك محدودة وأقل تطوراً ، ولذلك يعتبر بعض الأطباء أن إطلاق اسم « الأعراض الحيوية » أو « الأعراض الرئيسية » قد مضى وقته .

ولكن رغماً عن ذلك فما زالت هذه التسميات مستخدمة بكثرة ، ولم تقل الحاجة إلى الدقة في تعيين درجة الحرارة ، ومُعدَّلات النبض والتنفس وضغط الدم — خلال السنوات الأخيرة .

القدرة على ملاحظة التغير من الحالة الطبيعية إلى غير الطبيعية :

من المهم ملاحظة صفة مُعدّل نبض وتنفس المريض . عند إدخاله إلى المستشفى ، حتى تكون المقارنات في المستقبل دقيقة .

ومن المسلم أن إجراءات قياس هذه المعدّلات هي ميكانيكية في طبيعتها . ولكن على الممرضة أن تقوم بها ، فهي مدربة على ملاحظة الاختلاف عن المعدل الطبيعي لها .

ومن المستحسن قبل قياس الأعراض الحيوية للمريض المُدخَل حديثاً إلى المستشفى ، أن يترك أولاً فترة ليستريح ، إذ أن إجراءات الدخول غالباً ما تؤثر عليه .

ومعظم المرضى يكونون مُتعوّدين على إجراءات قياس درجة الحرارة ومُعدّل النبض وسرعة التنفس وقياس ضغط الدم ، ومع ذلك فإن إيضاحاً بسيطاً من الممرضة لهذه الإجراءات يساعد على راحة المريض .

(أولاً) : درجة حرارة الجسم : Body Temperature

الإنسان من الحيوانات الثدية ذات الدم الحار **Homothermic** ويحتفظ بدرجة حرارته رغماً عن تغيُّر درجة حرارة البيئة ، ويحافظ الجسم على درجة حرارته بواسطة نشاط خلايا خاصة في قاعدة المخ **(Hypothalamus)** وهي خاصة بدرجة الحرارة والجوع والعطش ، والتغيُّرات العاطفية . وتعمل هذه الخلايا كمنظِّم لدرجة الحرارة ولتأثير فقد الحرارة أو زيادتها .

ويُعتقد أن توازن درجة حرارة الجسم ينتج من عمليات تعويض الخلايا التالفة داخل الجسم ، وفقد درجة الحرارة ينتج من التوصيل والإشعاع والتجبير والانتقال . ويفقد الجسم قليلاً جداً من درجة حرارته في عمليات الإخراج ، وعندما يختل التوازن بين انتاج الحرارة وفقدها ، كما في حالة المرض ، فإن درجة الحرارة إما أن ترتفع أو تنخفض .

وتُقدَّر درجة حرارة الجسم إما بالدرجات المئوية (سنتيجراد) أو الدرجات الفهرنهيتية . ويبين الجدول التالي درجات الحرارة المئوية وما يقابلها من الدرجات الفهرنهيتية .

سنتيجراد	فهرنهيت	سنتجراد	فهرنهيت
٣٤°س	٩٣,٢°ف	٣٨,٥°س	١٠١,٣°ف
٣٥°س	٩٥° ف	٣٩°س	١٠٢,٢°ف
٣٦°س	٩٦,٨° ف	٤٠°س	١٠٤°ف
٣٦,٥°س	٩٧,٧° ف	٤١°س	١٠٥,٨°ف
٣٧°س	٩٨,٦° ف	٤٢°س	١٠٧,٦°ف
٣٧,٥°س	٩٩,٥° ف	٤٣°س	١٠٩,٤°ف
٣٨°س	١٠٠,٤° ف	٤٤°س	١١١,٢°ف

١) وتحول درجة الحرارة من سنتيجراد إلى فهرنهيت كما يأتي :
تضرب الدرجة المئوية × ٩/٥ ثم يضاف إليها ٣٢ .

٢) تحول درجة الحرارة من فهرنهيت إلى سنتيجراد كما يأتي :
تطرح ٣٢ من الدرجة الفهرنهيت ثم يضرب الناتج بـ ٥/٩

ولقياس درجة حرارة أي شخص تُتّبع إحدى الطرق الآتية :

١ ـ طريقة الفم : **Oral**

يوضع الترمومتر تحت اللسان في الفم .

٢ ـ طريقة الشرج (المستقيم): **Rectal**

يوضع الترمومتر في فتحة الشرج ويدفع إلى المستقيم .

٣ ـ الطريقة الإبطية : Axillary

يوضع الترمومتر تحت الأبط ، ويُضم الذراع إلى جانب الجسم .

٤ ـ الطريقة الأوروبية :

يوضع الترمومتر في الحفرة الأوربية . ثم يُثنى فخذ المريض على بطنه . وهي تشبه الطريقة الإبطية مع اختلاف الموضع .

أ ـ درجة الحرارة العادية للجسم : Normal Temperature

١ ـ متوسط درجة الحرارة العادية من الفم للبالغين هو :

٣٧,٠° س = ٩٨,٦° ف .

٢ ـ متوسط درجة الحرارة العادية من المستقيم (الشرج) هو :

٣٧,٥° س = ٩٩,٥° ف .

٣ ـ متوسط درجة الحرارة العادية الإبطية أو الأوربية هو :

٣٦,٧°س = ٩٨,٠° ف .

توجد اختلافات طفيفة في درجة الحرارة العادية بين شخص وآخر .

كما يُعتبر اختلاف درجة حرارة الشخص صعوداً أو هبوطاً بمعدل :

(٣°, ـ ٦°, س) أي (٥°, ـ ١° ف) .

تَغيُّراً ضمن الحدود الطبيعية ، وقد أثبتت أيضاً بعض الدراسات الطبية أنه يمكن إعتبار بعض اختلافات درجة الحرارة الأكثر من ذلك أنها ـ **طبيعية** ـ . لبعض الأشخاص المعينين .

وقد لوحظ أن درجة حرارة الجسم تكون :

أ ـ أقل : من المُعدّل في الساعات المبكرة من الصباح .

ب ـ أعلى : من المُعدّل في الساعات المتأخرة من بعد الظهر والساعات الأولى من المساء .

كما وجد انعكاساً في هاتين الحالتين في الأشخاص الذين يعملون ليلاً وينامون أثناء ساعات النهار .

ويؤثر في درجة حرارة الجسم أيضاً ما يأتي :

١ — التمرينات الرياضية .

٢ — الأحوال المعيشية .

٣ — كمية الغذاء الذي يؤخذ ونوعه .

٤ — البرد الخارجي في الجو .

كما يلاحظ أيضاً أن :

الأطفال الحديثو الولادة ، وكذلك الأطفال الصغار تكون درجة حرارتهم أعلى من درجة حرارة البالغين .

ب ــ درجة الحرارة المرتفعة للجسم :

Elevated Body Temperature

يسمى ارتفاع درجة حرارة الجسم (Pyrepia) أو الحُمى Fever .

والحمى هي عَرَض شائع في حالة المرض ، وتوجد أدلة وافرة ، على أن ارتفاع درجة حرارة الجسم يساعد على مقاومته للمرض ، فمثلاً في حالة المرض المُعدي بينما تُدمّر الميكروبات المسبِّبة له مجموع ردود الفعل التي يقوم بها الجسم ، فإن الارتفاع الظاهر لدرجة الحرارة يُساعد على تدمير هذه البكتيريا كما أنه يُعبِّىء القدرة على الدفاع في الجسم .

والسبب الفسيولوجي للحمى غير معروف بوضوح، ولكن يُعتقد بوجه عام أنه نتيجة تأثير مباشر على مركز تنظيم الحرارة في المخ المُسمّى . (Hypothalmus)

وعندما يقل فقد الحرارة أو يزداد انتاجها عن الحد الطبيعي ، أو يحدث كلاهما معاً ، فإن خلايا الجهاز العصبي تتعرَّض للتلف ، وقد تتلف فعلاً عندما تتعدَّى درجة حرارة الجسم درجة ٤١° س (١٠٥,٨°ف) — كما أن

فُرص الحياة تُصبح نادرة عندما تصل درجة حرارة الجسم إلى درجة ٤٣°س (١٠٩,٤° ف) ، وعندما يحدث هذا الإرتفاع الشديد في درجة الحرارة ، تحدث الوفاة كنتيجة لفشل المركز التنفسي ، كما قد يعود ذلك إلى خمود انزيمات الجسم (خمائره) وتدمير الأنسجة البروتينية .

والحمى تأخذ أدواراً مُتنوِّعة ، وتعتمد عادة على الطريقة المرضية (الباثولوجية Pathologic Process) التي تحدث في الجسم .

وتستعمل عادة عدة اصطلاحات لوصف الدور المُسبِّب لارتفاع درجة حرارة الجسم وهي :

١ — طور الغزو (الهجوم) . Invasion

وهو فترة ابتداء الحمى وقد تكون :

أ — مفاجئة :

أو ب — تدريجية .

٢ — الحمى المتقطِّعة . Intermittent

ويُطلق هذا الإصطلاح ، عندما تتعاقب درجة الحرارة بانتظام على فترتين

أ — فترة ترتفع فيها درجة الحرارة .

ب — فترة تكون فيها درجة الحرارة طبيعية أو قريبة من الطبيعية .

٣ — حُمّى الدِّق أو حُمّى السل . Hectic

ويطلق هذا الإصطلاح ، عند حدوث الإرتفاع المتقطِّع في درجة الحرارة ، يوميا لفترة من الوقت .

ويلاحظ أن درجة الحرارة المتقطِّعة ، هي التي تتذبذب فيها (تتراوح) في الإرتفاع عدة درجات أعلى من المعدّل الطبيعي لدرجة حرارة الجسم ، ثم تنخفض ولكنها لا تصل إلى درجة الحرارة الطبيعية بين فترات التذبذُب .

٤ – الارتفاع المستمر في درجة الحرارة . Continued

وهو الذي تبقى فيها درجة الحرارة المرتفعة ثابتة ، أو تتذبذب قليلاً جـــــداً .

٥ – الطور المرضي (Fasticium) or (Stadium)

وهو الفترة التي تظل فيها درجة الحرارة مرتفعة باستمرار .

٦ – الهبوط (الانحطاط) Lysis

هو زوال الحمى فجأة وهبوط درجة الحرارة إلى الدرجة الطبيعية .

في أحوال مُعيّنة ، عندما تعود درجة حرارة المريض إلى حالتها الطبيعية قد يمر في دور عودة النشاط المؤقت (Temporary Recrude Scence) .

أو عودة درجة الحرارة (Recurrence of Temperature) ، وقـــد يتسبّب هذا في التّهيجّ أو الإجهاد النفسي ، ولا تُسبّب هذه الحالة إنزعاجاً للمحيطين بالمريض .

على أن عودة درجة الحرارة ، قد تكون علامة أيضاً على حصول نكسة للمريض ، ولذلك فإن درجة الحرارة تتطلّب مراجعة متكرّرة ودقيقة .

وعندما ترتفع درجة حرارة الجسم تزداد عملية التمثيل في الجسم (Metabolism) عن الحالة الطبيعية ، كما يزداد أيضاً معدل التنفس والنبض كإجراء متناسق مع ازدياد درجة حرارة الجسم ، ويعاني المريض في هذه الحالات من .

أ – فقدان الشهية .

ب – الصداع .

ج – التوعُّك العام .

د – الهبوط .

وقد يصحب ذلك نوبات من الهذيان، ولذلك فإن ملاحظة التغيرات الأخرى في الجسم هامة كملاحظة درجة الحرارة تماماً .

انخفاض درجة حرارة الجسم (البرودة) :

Lowered Body Temperature (Hypothermia)

هو انخفاض درجة حرارة الجسم عن حدود المُعدّل الطبيعي ، وتحدث الوفاة عادة عندما تنخفض درجة حرارة الجسم عن درجة ٣٤° س (٩٣,٢°ف) ولكن حدثت عدة حالات نجا فيها المصابون من الموت بعد انخفاض درجة حرارة أجسامهم عن هذه الدرجة .

وتوجد بعض الأمراض القليلة تصحبها البرودة . وقد يتسبّب عنها الإغماء أيضاً ، ولذلك يجب ملاحظة المريض بكل دقة عندما تنخفض درجةحرارته عن المعدل الطبيعي لدرجة حرارة الإنسان .

كما يعتبر إرتفاع درجة حرارة الجسم — إجراء وقائي للجسم — فإن إنخفاض درجة حرارته قد يكون مفيداً أيضاً في بعض الحالات . إذ تُبطيء التفاعلات الحيوية في الجسم وتقل معدلاتها . وتقل تبعاً لذلك متطلبات عَمليات التمثيل من الأكسوجين .

تركيب « الترمومتر الطبي » : Clinical Thermometer

يتكون الترمومتر الزجاجي المستعمل لقياس درجة حرارة الجسم والمعروف باسم (الترمومتر الطبي) من جزئين :

أ — البصلة : **Bulb**

وهي الجزء السفلي المنتفخ من الترمومتر . وهي مستودع الزئبق في الترمومتر .

ب — الساق :

وهو الجزء الباقي من الترمومتر وموجود أعلى البصلة ، وبه انبوبة شعرية تتصل بالبصلة ، لبيان تمدّد الزئبق .

ويوجد زئبق الترمومتر في البصلة . وهو معدن سائل قابل للتمدد عند تعريضه للحرارة ويرتفع إلى أعلى في الأنبوبة الشعرية الموجودة في الساق .

ويُدرَّج الساق إلى درجات ويُقسّم كل منها إلى ١٠ أقسام (أعشار الدرجات) ، ويكون عادة مدى التدريج هو من :

(٣٤° – ٤٢,٢° س) أي (–,٩٣° – ١٠٨° ف)

وليست هناك ضرورة في التدريج في مدى أوسع من ذلك ، إذ نادراً ما تبقى الحياة عند درجة أقل أو درجة أعلى من ذلك .

عند القراءة يُتّبع ما يأتي :

١ – تسجل الدرجة التي يُعينها إرتفاع عمود الزئبق والترمومتر . مثلا ٣٧° س .

٢ – تقرأ كسور الدرجة وتُسجّل كأرقام عشرية مثل :

٢, – ٦٥ و ... الخ .

٣ – إذا بدى سطح الزئبق العلوي أكثر أو أقل قليلاً من عُشْر الدرجة ، فيسجل العشر الأقرب .

وبذلك تسجل الدرجة مثلا ٣٧,٢° س .

جـ – الترمومترات الطبية التي تستعمل لقياس درجة الحرارة من الفم ، تكون بصلتها عادة طويلة ورفيعة ، والبعض منها تكون بصلته عريضة نوعاً ما – وهو قليل الاستعمال .

والبصلة الطويلة الرفيعة في الترمومتر الطبي الذي يستعمل بالفم ، أُعدت لإتاحة سطح أكبر للاتصال بالفم ، كما أنها أقل تعرُّضاً للكسر من البصلة الرفيعة .

ويُطلق على الترمومتر الذي يستعمل لقياس درجة الحرارة بهذه الطريقة اسم (الترمومتر الفمي) .

د – الترمومتر الشرجي (Rectal)

تكون بصلتها عريضة أو كروية ، وذلك لمنع الأذى عن المريض عند إدخالها لقياس درجة الحرارة .

وعلى العموم ، فعند استعمال أي ترمومتر طبي لقياس درجة الحرارة سواء كان ذلك في مؤسسة صحية أو في المنزل – فعلينا أن نتأكد دائماً من معرفة هل هو فمي أو شرجي لنستعمله استعمالاً صحيحاً .

هذا ويُطبَع على بعض الترمومترات الطبية نوعها ، أما البعض الآخر فلا يُطبع .

هـ – اختيار موقع لأخذ درجة حرارة الجسم :

تُبيِّن نظم ولوائح معظم المستشفيات ، المواقع التي تستعمل لأخذ درجة حرارة الجسم – ومع ذلك فقد تضطر الممرضة إلى إجراء بعض التغييرات في في ظروف خاصة .

وأهم الطرق التي تستخدم في قياس درجة حرارة الجسم هي :

(١) طريقة قياس درجة الحرارة من الفم : (Oral Temperature)

هي أكثر الطرق إنتشاراً لقياس درجة حرارة الجسم . كما أنها أكثرها استعمالاً في مختلف الظروف والأحوال .

ولكن يجب مراعاة أنه إذا كان المريض قد تناول غذاء أو شراباً ساخناً ، فيجب الإنتظار حوالي ١٥ دقيقة قبل أخذ درجة حرارته من الفم ، وذلك لترك الوقت اللازم لعودة أغشية الفم إلى درجة حرارتها الطبيعية .

كما أنه يُمنَع أخذ درجات الحرارة من الفم في الحالات الآتية :

أ – إذا كان المريض مُغمى عليه .

ب – المرضى بأمراض عقلية .

جـ – إذا كان المريض طفلاً ، لاحتمال كسر الترمومتر في فمه .

د – في حالة المرضى الذين يتنفسون من الفم .

هـ – في حالة المرضى المصابين بأمراض في تجويف الفم .

و – في حالة المرضى الذين أجريت لهم جراحة في الأنف أو الفم .

ولقياس درجة الحرارة من الفم يجري ما يأتي :

خطوات قياس درجة الحرارة من الفم والقواعد التي تحكمها

الخطوة المقترحة	القاعـــدة
١ – تُغسل اليدين غسلاً جيداً	
٢ – إذا كان الترمومتر محفوظاً في محلول كيماوي مطهر، فيُسحَب لتجفيفه ببرمه بإحكام في قطعة من النسيج الناعم المعقّم.	المحلول الكيميائي قد يُهيج الأغشية المخاطية للفم. وقد يكون ذو رائحة أو طعم غير مقبولين، والأنسجة الناعمة تلامس سطح الترمومتر مباشرة، والبرم يساعد على الاتصال الكامل بين سطحي الترمومتر والنسيج.
٣ – تُمسح البصلة من أسفل الى أعلى بكل النسيج.	المسح من المنطقة الخالية من الميكروبات أو التي توجد بها بقلة إلى المنطقة التي قد توجد بهـــا ميكروبات يقلل من انتشارها من المناطق الخالية إلى المناطق الأخرى.
٤ – يُمسَك الترمومتر مسكاً محكماً بالإبهام والسبابة. ثم يُهز جيداً بحركة قوية من الرسغ حتى يصل سطح الزئبق إلى الترقيم الأدنى (٩٤° – ٩٥° ف).	الانقباض الموجود في الأنبوبة الشعرية التي يسير بها الزئبق ويوجد قرب البصلة، يمنع الزئبق مـــن الانزلاق إلى أسفل إلا إذا حُرِّك بقوة.
٥ – يوضع الترمومتر أفقياً في مستوى العين. ويُدار بين الأصابع حتى يُرى خط الزئبق بوضوح.	وضع الترمومتر عند مستوى العين يُسهل القراءة. وإدارة الترمومتر تساعد على وجود خط الزئبق في أحسن وضع لقراءته.

الخطوة المقترحة	القاعدة
٦ – توضع بصلة الترمومتر تحت لسان المريض ، ثم يُؤمَر بقفل شفتيه بإحكام دون أن يضغط على زجاج الترمومتر بأسنانه .	عند وضع البصلة تحت الأوعية الدموية السطحية أسفل اللسان ، وقفل الفم ، يمكن الحصول على قراءة يُعتمد عليها لدرجة حرارة الجسم .
٧ – لمنع المرضة من الخطأ ، يَحسُن أن لا نؤخذ درجة الحرارة لأكثر من أربعة أشخاص في وقت واحد ، إذ قد ينام المريض أو يتعب أو ينسى وجود الترمومتر في فمه ، مما يتسبّب عنه كسر الترمومتر فيؤذي المريض .	ضمان سلامة المريض أساس هام من أسس التمريض .
٨ – يُترك الترمومتر في موضعه بفم المريض ، مدة ٣ – ٤ دقائق أو طبقاً لتعليمات المصنع	السماح بوقت كافٍ لأغشية الفم للوصول إلى أعلى درجة حرارة لها ، يعطي غالباً درجة حرارة دقيقة .
٩ – حرارة الجسم تُسبب ارتفاع الزئبق في الترمومتر فإذا كان المريض يُدخن أو في فمه لادن . أو كان قد أخذ حماماً ساخناً أو شرب شراباً ساخناً أو بارداً . فيجب الإنتظار ١٥ دقيقة	تتسبب هذه الأشياء في إعطاء درجة حرارة غير حقيقية للمريض.

الخطوة المقترحة	القاعدة
قبل أخذ درجة الحرارة .	
١٠ ـ يُخرج الترمومتر من الفم ، ويمسح مرة واحدة من أعلى إلى أسفل حتى البصلة باستعمال حركة دائرية مُحكمة .	قد يُسبب وجود المخاط على الترمومتر صعوبة القراءة ـ كما أن التنظيف من منطقة بها جراثيم قليلة إلى منطقة بها جراثيم عديدة ، يُقلل من انتشارها إلى الأماكن الأقل تلوثاً ويساعد الاحتكاك على ازالة المواد القريبة من على سطح الترمومتر .
١١ ـ يُعاد أخذ الحرارة بترمومتر آخر ؛ إذا وُجد أي شك في قراءة الترمومتر أو إذا كانت درجة الحرارة المقروءة منخفضة جدا وغير متوقعة ويحسن أن تزاد في هذه الحالة مدة وضع الترمومتر في الفم لعدة دقائق ـ كما يجوز أخذ درجة الحرارة من الشرج للتأكد من صحة القراءة .	
١٣ ـ يُكتب تقرير عن درجة الحرارة بأسرع ما يمكن للممرضة المسئولة ـ إذا كانت درجة الحرارة مرتفعة أو منخفضة .	
١٤ ـ بعد الانتهاء من قراءة	تعيد هذه الحركة الزئبق إلى

الخطوة المقترحة	القاعدة
الترمومتر . يُحرَّك بقوة .	البصلة .
١٥ ــ توضع الأنسجة التي مُسِح بها الترمومتر في الإنـــاء المخصص للمواد الملوَّثة .	حصر الأدوات الملوثة يساعد على تقليل انتشار الجراثيم المرضية .
١٦ ــ يُغسل الترمومتر بالماء البارد ثم يُطهّر بالطريقة المتبعة في المستشفى ويحفظ مُطهّراً .	

٢ ــ قياس درجة الحرارة من الشرج Rectal Temperature

إن قياس درجة الحرارة الشرجية ، هو أكثر دقة من قياسها من الفم أو أي منطقة أخرى من الجسم . إذ أنها أقل عرضة للتأثر بالتغيرات في محيط المريض ، وإذا كانت درجة الحرارة التي تؤخذ تقليدياً من مريض ، تُظهِر تغيّراً واضحاً . فإنه من الأفضل في هذه الحالة التأكد منها بقياس درجة حرارته من الشرج .

وتُحتِّم بعض المستشفيات إجراء قراءات دائمة لدرجة الحرارة الشرجية على جميع المرضى المصابين بارتفاع درجة الحرارة .

كما أن الإجراء العادي لقياس درجة حرارة :

أ ــ الأطفال .

ب ــ الاشخاص المصابين بالإغماء .

ج ــ الأشخاص غير العاقلين .

أن تُقاس درجة حرارتهم الشرجية .

كما يجب الإمتناع عن هذا الإجراء في حالة المرضى :

أ ــ الذين أجريت لهم جراحة بالشرج أو المستقيم .

ب ـ الأشخاص المصابين بالإسهال .
ج ـ الأشخاص المصابين بأمراض في الشرج أو المستقيم .

خطوات قياس درجة الحرارة من الشرج والقواعد التي تحكمها

الخطوة المقترحة	القاعدة
١ ـ يُوضَع برافان (حاجز) ويُشرح الموضوع للمريض .	
٢ ـ يمسح الترمومتر الشرجي ويُحرّك بقوة كما سبق أن بينا في ترمومتر الفم .	
٣ ـ يوضع الفازلين على بصلة الترمومتر وحوالي بوصة أخرى أعلى البصلة .	وضع الفازلين يُقلّل الإحتكاك وبذلك يَسهُل إدخال الترمومتر في فتحة الشرج . كما يُقلّل التهيّج في الغشاء المخاطي للمستقيم .
٤ ـ إذا كان قد عمل للمريض حقنة شرجية ، فينتظر ١٥ دقيقة قبل البدء في قياس درجة الحرارة من الشرج .	
٥ ـ يُوضع المريض على جانبه ، ويُثنى غطاء الفراش ، ثم تُفصَل الأليتان عن بعضهما حتى تُرى فتحة الشّرج بوضوح .	
٦ ـ يُدخَل الترمومتر ببطء حوالي ١.٥ بوصة ، ثم تترك	إذا لم توضع البصلة مباشرة في فتحة الشرج ، فقد تُؤذي عضلة

الخطوة المقترحة	القاعدة
الأليتان لترجعا إلى وضعهما الأصلي ؛ ويلاحظ عدم دفع الترمومتر في فتحة الشرج إلا إذا كانت الفتحة ظاهرة تماماً ، حتى لا يتسبب أذى للمريض .	الأست أو تحدث الإصابة بالبواسير .
٧ – يترك الترمومتر في موضعه لمدة دقيقتين تقريباً ، مع ملاحظة تثبيت الترمومتر في مكانه في الشرج بامساكه باليد – إذا كان المريض طفلاً أو غير عاقل أو عاجزاً أو مُسِناً .	يترك الوقت الكافي للترمومتر حتى يسجل درجة الحرارة بدقة .
٨ – يخرج الترمومتر باحتراس ، ويمسح مرة واحدة من أعلى إلى أسفل بنسيج رقيق باستعمال حركة دوران محكمة .	المواد البرازية والدهون – إذا وجدت – تجعل القراءة صَعْبة – كما أن التنظيف من منطقة قليلة الجراثيم إلى منطقة أكثر تلوثاً يُقلل من انتشارها ، كما يساعد الإحتكاك على ازالة المواد عن سطح الترمومتر .
٩ – يُقرأ الترمومتر ثم يُحرَّك مع تجنُّب المسح كما سبق أن ذُكِر في ترمومتر الفم – ثم يُعد للتنظيف والتطهير .	يوضع الترمومتر الشرجي في صينية بعيداً عن ترمومترات الفم ومعه وعاء الفازلين .
١٠ – تُغسل اليدين غسلاً جيداً .	

٣ — قياس درجة الحرارة الإبطية : Axillary Temperature

قليلاً ما تُقاس درجة الحرارة الإبطية ، ويُلجأ إليها فقط عندما يُمنع قياس درجة الحرارة من الفم والشرج معاً ، أو يكون قياسها مُتعذّراً أو لا تُعطى درجة الحرارة الحقيقية .

و إذا لم يكن المريض قادراً على التعاون ، فإن الممرضة تضطر للبقاء للإمساك بالترمومتر أثناء قياس درجة الحرارة .

وقياس درجة الحرارة الإبطية هو أقل الطرق دقة لقياس درجة حرارة الجسم ، إذ أن الإبط يتأثّر بسهولة بالأحوال المحيطة به ، ولأنه يَصعُب تقريب السطوح الجلدية عند وجود بصلة الترمومتر تحت الإبط .

وإذا كان الإبط قد غُسِل تَوّاً ، فيجب تأخير قياس درجة الحرارة ، إذ أن درجة حرارة الماء الذي استعمل للغسيل والإحتكاك الذي حدث أثناء تجفيف الجلد ، تؤثر على درجة الحرارة الحقيقية .

طريقة قياس درجة الحرارة الإبطية والقواعد التي تحكمها

الخطوة المقترحة	القاعدة
١ — إذا كان الترمومتر موضوعاً في محلول كيميائي ، فيسمح حتى يجف ، بقطعة من النسيج الناعم بادارته فيها بإحكام .	المحاليل الكيميائية قد تسبب التهيج في الجلد ، كما أن وجود المحلول قد يُغير درجة حرارة الجلد — أما النسيج الناعم مع الاحتكاك والإدارة فيساعد على إزالة المحلول .
٢ — يقرأ الترمومتر مبدئياً ثم يهز بشدة ، كما سبق عمله في	

القاعدة	الاجراء المقترح
	الرمومتر الفم .
عند وضع البصلة ملامسة للأوعية الدموية السطحية للإبط والجلد الملتصقين ببعضهما — تقل كمية الهواء المحيطة بها — وبذلك يمكن قياس درجة حرارة الجسم .	٣ — يرفع ذراع المريض ، ويوضع الترمومتر في الإبط وضعاً جيداً بحيث تكون بصلته إلى أعلى ثم ينزل الذراع ويُوضَع ملاصقاً لجسمه مع ثني ساعده على صدره .
السماح بوقت كاف لأنسجة الإبط للوصول إلى درجة حرارتها القصوى . يُنتج قياساً دقيقاً إلى حد بعيد لدرجة حرارة الجسم .	٤ — يُترَك الترمومتر في موضعه السابق حوالي عشرة دقائق.
	٥ — يؤخذ الترمومتر من موضعه ، وتقرأ درجة الحرارة ، ثم يُحرَّك بشدة .
	٦ — تتبع باقي الإجراءات التي سبق اتباعها في قياس درجة حرارة الجسم من الفم .

(٤) قياس درجة الحرارة الأوربية

وهي أقل طرق قياس درجة حرارة الجسم إستعمالاً ، ويمكن اللجوء إليها في الحالات التي يتعذر فيها قياس درجة الحرارة باحدى الطرق السابقة ، وبخاصة إذا كانت المنطقة تحت الإبط بها هي الأخرى ما يحول دون قياس الحرارة منها .

وتؤخذ حرارة التجويف الأوربي . وهو التجويف الواقع بين نهاية أعلى الفخذ والبطن .

وإذا كان التجويف الأوربي أو منطقته قد غسل توا ، فيجب الإنتظار فترة من الوقت قبل البدء في قياس درجة الحرارة منه للأسباب التي بيناها في قياس الحرارة الإبطية .

خطوات قياس درجة الحرارة الأوربية والقواعد التي تحكمها

الخطوة المقترحة	القاعدة
١ – إذا كان الترمومتر موضوعاً في محلول كيميائي . فيمسح حتى يجف – بقطعة من النسيج الناعم وبادارته فيها باحكام	المحاليل الكيميائية قد تسبب التهيج في الجلد ، كما أن وجودها قد يغير درجة حرارة الجلد – أما النسيج الناعم مع الإحتكاك والإدارة فيساعد على إزالة المحلول .
٢ – يقرأ الترمومتر مبدئياً ، ثم يُهز بشدة كما سبق .	
٣ – توضع بصلة الترمومتر في التجويف الأوربي بحيث تكون البصلة في الجهة الداخلية من الفخذ – ثم يثنى فخذ المريض على بطنه بحيث يكون ملاصقاً لها .	عند وضع البصلة ملامسة للأوعية الدموية السطحية للتجويف – تقل كمية الهواء المحيطة بها – وبذلك يمكن قياس درجة حرارة الجسم .
٤ – يترك الترمومتر في موضعه حوالي عشرة دقائق .	السماح بوقت كاف للأنسجة للوصول إلى درجة حرارتها القصوى – ينتج قياساً دقيقاً لدرجة الحرارة .

الخطوة المقترحة	القاعدة
٥ — تتبع الخطوات التالية السابق بيانها في قياس درجة الحرارة الإبطيـــة .	

تنظيف الترمومتر الطبي

إن إعداد الترمومتر لإستعماله لقياس درجة حرارة أي شخص بطريقة آمنة يُعتبر مشكلة ، فالحرارة اللازمة لقتل الميكروبات التي تُسبِّب الأمراض ، تُدمِّر الترمومتر — لأن درجة الحرارة اللازمة لإبادة هذه الميكروبات أعلى مما أُعِد الترمومتر لقياسه ، ولذلك فإن عمود الزئبق يمدَّد فيه إلى مستوى أعلَى مما يمكن لأنبوبة الترمومتر أن تتحمله فتُكسَر — ولهذا السبب يلجأ إلى تطهير الترمومتر بالمحاليل الكيميائية .

والإجراءات التي سنذكرها فيما بعد يمكن اتباعها في كل من نوعي الترمومتر الطبي وهما :

أ — الترمومتر الفمي .

ب — الترمومتر الشَرَجي .

وتنظيف الترمومتر لإزالة الدهون التي قد توجد عليه قبل وضعه في المحلول الكيميائي المُطهِّر هو عمل أساسي يجب إجراؤه ، فإذا لم تُزَل هذه الدهون إزالة تامة ، فقد تكمنُ الميكروبات تحت غشاء — ولو كان رقيقاً — منها ، وبذلك تُصبح عملية التطهير غير مجدية . ويلاحظ أن المُنظِّفات يمكنها إذابة الزيوت والدهون بوجه خاص ، حتى إذا استعملت مع الماء البارد أو الماء العَسِر ، وهي أكثر تأثيراً في عملية التنظيف من الصابون ، ولذلك يحسن استعمالها بدلاً من الصابون ، على أن تسبق هذه العملية وضع الترمومتر في المحلول المطهر .

خطوات تطهير الترمومتر الطبي والقواعد التي تحكمها

الخطوة المقترحة	القاعدة
١ – ينظف الترمومتر بالماء والمنظف تنظيفاً جيداً .	البكتيريا التي تكمن أسفل المواد الدهنية ، تظل عالقة به بعد التطهير .
٢ – يُمسَح الترمومتر مَسْحاً جيداً بنسيج ناعم نظيف جديد ، ويستبدل هذا النسيج بغيره عند مسح الترمومتر في كل مرة .	النسيج الناعم يتصل اتصالاً مباشراً بكل سطوح الترمومتر .
٣ – يمسك النسيج عند الطرف العلوي للترمومتر قريباً من الأصابع التي تقبض على الترمومتر ، حيث يبدأ المسح .	المسح من المنطقة الأقل تلوثاً بالميكروبات إلى المناطق الأكثر تلوثاً ، يُقلل من انتشار الميكروبات إلى المناطق الأقل تلوثاً .
٤ – يُمسَح الترمومتر من أعلاه إلى أسفله باتجاه بصلته باستعمال حركة دائرية .	الاحتكاك يُساعِد على إزالة المواد من على السطح .
٥ – يُنظّف الترمومتر بعد مسحه بالمحلول المنظف لازالة أي أثر للدهون عليه ، ثم يُعاد مسحه بنسيج ناعم نظيف .	المحلول المنظف يذيب الدهون والمواد الملتصقة بسطح الترمومتر .
٦ – يُشطف الترمومتر بالماء البارد الجاري النظيف .	الشطف بالماء يساعد على ازالة الميكروبات والمواد الغريبة .
٧ – يجفف الترمومتر بعد	تضعف قوة المحلول المطهر

القاعدة	الخطوة المقترحة
عند إضافة الماء اليه . إذ يصبح مُخفّفاً .	شطفه .
المحاليل المطهرة تستعمل بتركيز مُعين لمدة معينة من الزمن لتكون فعّالة .	٨ – يغمر الترمومتر في المحلول المطهر المُعيّن في تعليمات المستشفى .
المحاليل المطهرة . قد تكون مهيجة للغشاء المخاطي للفم أو المستقيم أو الجلد . كما قد يكون لها رائحة أو طعم غير مقبولين .	٩ – يُشطّف الترمومتر بالماء المُعقّم بعد تطهيره .
الفم والمستقيم هي تجاويف غير معقمة . وعلى ذلك فيلزم اتباع الطرق الفنية للتعقيم . قبل استعمال الترمومترات الطبية لقياس درجة الحرارة .	١٠ – يعاد الترمومتر إلى التخزين بالطريقة التي تحدّدها المستشفى في تعليماتها ، مع اتباع هذه التعليمات بكل دقة .

(ثانياً) النبض : The Pulse

في كل مرة ينقبض فيها البطين الأيسر للقلب The Left Ventricle of the Heart – فإنه يدفع الدم إلى الأورطي ، وتتسع جدران الشرايين في الجهاز الدوري لتتلاءم مع زيادة الضغط .

وهذا الإتساع في جدران الشرايين الذي يحدث عند كل انقباض للبطين الأيسر للقلب يسمى بالنبض **(Pulse)** .

ويمكن الشعور بالنبض بواسطة أطراف الأصابع من خلال جلد المريض

الذي يوجد به شريان سطحي ، وبعدّ اتساعات (تمددات) الشريان المتتابعة في فترة محددة من الزمن ، يمكن تعيين مُعدَّل النبض (Pulse Rate)

وعند قياس نبض أي مريض يجب ملاحظة ما يأتي : —

أ — مُعدَّل النبض .

ب — إنتظامه .

ج — كميته .

د — حالة الجدار الشرياني .

ففي الأحوال الطبيعية ، يكون ارتفاع وانخفاض الجدار الشرياني المسمى (موجة النبض Pulse Wave) سهلا ومنتظماً — وإذا كانت نهايةموجة النبض شديدة ، فإن موجة النبض تبدو مزدوجة التأثير ويسمى النبض في هذه الحالة (نبضاً مزدوجاً أو مضاعفاً Dicrotic Pulse) .

وإذا كانت موجة النبض ترتفع وتنخفض بسرعة كبيرة ، ويُحَس بها قصيرة ومُقتضبة فيسمى النبض في هذه الحالة (نبضاً سريعاً « دقّاقاً » Water-Hummer Pulse).

معدَّل النبض Pulse Rate

١ — مُعدَّل النبض للذكر البالغ الصحيح ، عند استيقاظه صباحاً يكون حوالي (٦٠ — ٦٥) في الدقيقة .

٢ — نبض النساء يكون عادة أسرع من نبض الذكور بحوالي ٧ — ٨ ضربات في الدقيقة أي حوالي (٦٧ — ٧٢) في الدقيقة .

٣ — يختلف النبض باختلاف السن فهو :

أ — يقل تدريجياً من الولادة إلى كبر السن .

ب— يزداد بعض الشيء في السن العالي جداً .

ج — تؤثر بنية الشخص وحجم الجسم في مُعدَّل النبض .

د ـ الأشخاص الطوال والنحيلين يكون معدل نبضهم أبطأ من الأشخاص القصار السمان .

وقد لوحظت فروقاً واسعة في معدلات النبض في الأشخاص البالغين ذوي الصحة الجيدة ، وتُحدِّد « جمعية القلب الأمريكية » أن معدل النبض للأشخاص البالغين العاديين يكون .

(٥٠ ـ ١٠٠) ضربة في الدقيقة .

وتوجد أسباب عديدة للتغيُّرات في مُعدَّل النبض . ومعدلات ضربات القلب تتحول مباشرة إلى نبضات تمر خلال :

أ ـ الجهاز العصبي السمبتاوي Sympathetic Nervous System

ب ـ الجهاز العصبي السمبتاوي الخارجي

Par sympathetic nervous system

١ ـ وتحركات الجهاز السمبتاوي تزيد مُعدَّل سرعة القلب . وبذلك يزداد مُعدَّل النبض ، ويستجيب هذا الجهاز سريعاً للعواطف . ولذلك يزداد معدل النبض عندما يعاني الشخص من :

أ ـ الخوف .

ب ـ الغضب .

جـ ـ المفاجأة .

د ـ القلق ... الخ

٢ ـ كما أن الجهاز السمبتاوي يستقبل أيضاً البواعث أو المؤثرات من الأعضاء الداخلية للجسم ، فمثلاً وجود الألم في البطن . يُسبب إسراع معدل النبض ، ويعود ذلك إلى التنبه العاطفي .

٣ ـ ويزداد المعدل أيضاً أثناء إجراء التمرينات الرياضية . إذ يُعوِّض القلب ازدياد الحاجة إلى الدورة الدموية .

٤ ـ وحاجة الجلد المستمرة للحرارة . تُنبِّه ضربات القلب وتزيد من معدل النبض .

٥ — ويزداد أيضاً معدل النبض ، عند انخفاض ضغط الدم ، إذ يحاول القلب زيادة دفع الدم .

٦ — أما عند إرتفاع ضغط الدم ، فيقل عادة معدل النبض .

٧ — إرتفاع درجة حرارة يكونمصحوباً بازدياد في معدل النبض، وتكون الزيادة عادة حوالي ٧ — ١٠ ضربات في الدقيقة لكل (٠,٦° س أو ١° ف) من ارتفاع درجة الحرارة عن حالتها الطبيعية .

وعندما يكون معدل النبض أعلى من ١٢٠ ضربة في الدقيقة ، تسمى الحالة (اسراع غير طبيعي Tachycardia) .

٨ — تنبه الجهاز السمبتاوي الخارجي يقلل من معدل النبض .

٩ — عقاقير القلب تقلل من معدل الضغط لتنبيهها للأعصاب .

والإصطلاح المستعمل لوصف معدل النبض عند هبوطه عن ٦٠ ضربة في الدقيقة هو (هبوط النبض Bradycardia) .

ويلاحظ بصفة عامة أن المعدل البطيء للنبض قليل الحدوث في حالات المرض من المعدل السريع ، وعلى ذلك فيجب تقديم تقرير للطبيب عند حدوث هبوط النبض .

٢ — نظام النبض : Rhythm of the Heart

١ — النبض المنتظم **Regular Pulse**

يوجد في الحالات الطبيعية للإنسان ، وتكون ضربات القلب منتظمة ، والفترة الزمنية تكون متساوية بين الضربات .

٢ — النبض غير المنتظم **Irregular Pulse**

ويسمى أيضاً :

أ — النبض المتقطع **Intermittent Pulse**

أو ب — الاضطراب النبضي **Arrhythmia**

وهو عبارة عن النبض الذي يكون طبيعياً لفترة ويتخلّلها فترات عدم انتظام للضربات مثل الضربات القافزة .

والنبض غير المنتظم هو ظاهرة خطيرة وبخاصة في حالات مرض القلب ، كما أنه قد يكون حالة مؤقتة تنتج من الاضطراب العاطفي أو التخمة أو ما شابههما .

ومن المعروف أن قوة ضربات النبض الطبيعي تكون متساوية في كل ضربة . وعدم الإنتظام في قوة ضربات القلب (النبض) تكون غالباً علامة على ما يعرف بـ

عـَجز القلب Heart Impairment

ويجب التسجيل الدقيق لحالة النبض غير المنتظم . وبخاصة للمريض الداخل حديثاً للمستشفى .

٣ ـ حجم النبض : Volume of the Pulse

١ ــ في الحالات الطبيعية يكون كل ضربات النبض متساو . ويمكن محوها (Obliration) بسهولة إذا ضغطنا ضغطاً شديداً باليد على الشريان، ولكن يسهل الإحساس بضرباته إذا كان الضغط معتدلاً .

٢ ــ النبض الكامل Full Pulse

يكون فيه حجم ضربات النبض كبيراً ويصعب محوها .

٣ ــ الضغط المقيّد Bounding Pulse

يكون فيه حجم الضربات صغيراً . وقد يطلق عليه أيضاً :

أ ــ النبض المحدّد .

أو ب ــ النبض المرتبط .

٤ ــ النبض الضعيف (الخيطي) Feeble, Weak, or Thready Pulse

تكون فيه حجم الضربات ضعيفاً ويمكن محوها بسهولة ، وهو يكون مصحوباً عادة بمعدّل نبض سريع .

الجدار الشرياني : The Arterial Wall

عند وضع أطراف الأصابع على شريان ، فإن حاسة اللمس تُعيِّن خواصاً خاصة في الجدار الشرياني .

١ ــ في الحالة الطبيعية يكون الجدار مرناً ومستقيماً (إلا إذا كان الشريان ملتو بطبيعته) ، وناعماً ومستديراً .

٢ ــ عند تقدُّم السن ، تصبح جدرانها أقل مرونة ونعومة) .

وقد يبدو الشريان المستقيم معوجاً عند لمسه .

٣ ــ في بعض الحالات يكون جدار الشريان متوترا أو صلباً ويسمى (الشريان الأنبوبي Pipestem Artery) .

أمكنة قياس النبض :

توجد أمكنة عديدة يمكن قياس النبض فيها :

١ ــ الشريان الكعبري Radial Artery وهو يوجد في الرسغ ، ويستعمل بكثْرة لقياس النبض ، لأنه يمكن الوصول إليه بسهولة ، ويضغط عليه على عظمة الكعبرة .

٢ ــ الشريان السباتي في العنق .

٣ ــ الشريان الصدغي (Facial) في الصدغ .

٤ ــ الشريان الفخذي في أسفل المنطقة الأوربية .

وهذه الشرايين كلها سطحية ، ويمكن ضغطها على عظمة .

ويمكن قياس معدل النبض بسهولة ودون إزعاج المريض ، إذا أحسنت الممرضة اختيار مواضع أخذه ، ويشترط في الموقع الذي يقع عليه اختيارها ان لا تحدث عملية القياس أي تعب أو إجهاد للمريض ــ إذ أنهما يؤثران على مُعدَّل النبض .

خطوات قياس معدل النبض الكعبري وقواعدها

الغرض منها هو إحصاء عدد مرات ضربات القلب في الدقيقة ، والحصول على تقدير لقيمة ونوع أداء القلب .

الخطوة المقترحة	القاعدة
١ – يوضع ذراع المريض بجوار جسمه ، بحيث يكون الرسغ ممدّداً وكف اليد إلى أسفل .	هذا الوضع يضع الشريان الكعبرى في الجهة الداخلية لرسغ المريض . وتوضع أصابع الممرضة بإحكام على الشريان بحيث يكون إبهامها ملاصقاً للجهة الخارجية لرسغ المريض (معصمه) .
٢ – يوضع الأصبع الأول والثاني والثالث على طول الشريان الكعبري الذي يحفظ موضعه مقابل الكعبرة بلطف ، ويوضع الإبهام على ظهر معصم المريض .	أطراف الأصابع الحساسة للمس . ستحس بنبضات الشريان الكعبري – وإذا استعمل الإبهام لقياس نبض المريض ، فقد تشعر الممرضة بنبضها هي الخاص .
٣ – يستعمل الضغط الكافي فقط ، حتى يمكن الاحساس بوضوح بنبضات الشريان .	الضغط المعتدل يسمح للممرضة أن تحس بتمدد وانكماش الشريان الكعبري مع كل ضربة للقلب – أما الضغط الشديد فيمحو النبض – كما أنه إذا كان الضغط خفيفاً جداً فان النبض يكون غير محسوس .

الخطوة المقترحة	القاعدة
٤ — تستعمل ساعة ذات عقرب للثواني . ويُحصى عدد النبضات التي يحس بها في شريان المريض لمدة ½ دقيقة. ثم يضرب هذا العدد بـ ٢ فنحصل على معدل النبض في الدقيقة .	الوقت الكافي ضروري لتمييز عدم انتظام النبض أو أنواع الخلل الأخرى .
٥ — إذا وجد أن معدل النبض غير طبيعي بأي صورة من الصور ، فيحصى معدل النبض لمدة دقيقة كاملة للتأكد . ويعاد الإحصاء مرة أخرى إذا وُجدت ضرورة لذلك حتى يمكن تعيين المعدل والنوع والحجم بكل دقـة .	عندما يكون النبض غيرطبيعي يصبح من الضروري قياسه لمدة دقيقة كاملة حتى يمكـن معرفة التوقيت غير المنتظم بين الضربات .

٤ — إحصاء ضربات القلب عند قمته :

Counting the Heartbeats at the Apex

قد تجد الممرضة في بعض الأحيان ، أنه لا يمكنها إيجاد معدل نبض المريض من شريانه الكعبري ، لأن الضربات غير منتظمة أو ضعيفة لدرجة يصعب تمييزها وحتى لا يمكنها تحديد عددها تحديداً دقيقاً — كما تجد أن تغييرها لمواقع أخذ النبض لا يُجديها كثيراً في الوصول إلى الدقة المطلوبة .

في مثل هذه الحالة يمكن اللجوء إلى طريقة أخرى يمكنها إعطاء نتائج أكثر دقة ، وذلك بوضع السماعة الطبية (Stetoscope) على قمة القلب في الصدر

التي توجد بين الضلعين الخامس والسادس على بعد ٣ بوصات (٨ سم) من الجانب الأيسر للخط الوسطي للصدر أسفل حلمة الثدي . وفي هذا الموضع يمكنها سماع حركات القلب مقابل الجدار الصدري في الفراغ بين الضلعين الخامس والسادس .

وليس من المعتاد أن تُجري الممرضة هذا الإجراء على المريض الذي أُدخل إلى المستشفى حديثاً ، إلا إذا كانت هذه هي الطريقة الوحيدة المتاحة لمعرفة معدل نبضه ، كما في حالة خطورة مرض المريض .

وحيث أن الممرضة لا تعلم بمدى معرفة المريض بنوع مرضه أو خطورته — فإن عليها أن تتجنب استعمال هذه الطريقة ما أمكن — لأن إجراءها قد يُسبِّب له الاضطراب والفزع .

أما إذا أظهر المريض معرفته بوجود مشاكل قلبية لديه ، فإنه قد يقبل أن تُجري الممرضة هذه الطريقة دون أن يصيبه الفزع منها أو الاضطراب .

وبوجه عام ، على الممرضة أن تستعمل حكمتها وخبرتها في تقرير ضرورة الالتجاء إلى هذه الطريقة لمعرفة معدل نبض المريض بدقة ، عما يسببه ذلك للمريض من الشك في خطورة مرضه .

وعند تسجيل مُعدَّل النبض المشكوك في دقته ، يجب على الممرضة أن تُبيِّن هذه الحقيقة ، وتضع علامة استفهام (؟) بجانب هذه النقطة في تذكرته ، كما يجب عليها أن تسجل ذلك في ملاحظاتها وتقاريرها .

٥ ــ النبض القمي العكبري : Apical-Radial Pulse

كثير من المصابين بأضرار قلبية Cardia Impairments أو المرضى الذين يتعاطون أدوية لتحسين أداء القلب — قد يطلب الطبيب إحصاء ضربات قلوبهم عند قمة القلب وعلى الشريان الكعبري في نفس الوقت .

ويسمى هذا النوع من النبض بالنبض القمي الكعبري ، ويلزم لأداء هذا العمل ممرضتان :

١ — الأولى . تستمع بالسماعة الطبية لضربات القلب عند قمةقلبالمريض.

٢ — الثانية ، تحصي نبضات المريض من معصمه .

وتستعملان ساعة واحدة موضوعة بينها ، وبعد الاستماع المبدئي لقمة القلب والإحساس بنبضات المريض من معصمه . تحددان وقت بدء الإحصاء ، فمثلاً عندما يكون عقرب الثواني عند ١٥ أو ٣٠ تبدأ كلاهما في العد لمدة دقيقة ، ثم يسجل العدد على تذكرة المريض في المكان المحدد حسب تعليمات المستشفى .

الخلاصة :

أ ــ أهمية امتحان النبض هي لمعرفة :

١ — سرعة النبض .
٢ — انتظام النبض .
٣ — قوة موجة النبض .
٤ — شكل موجة النبض .
٥ — حالة الجدار الشرياني .

ب ــ معدل النبض :

١ — يبلغ في الرضَّع والأطفال من ١٢٠ — ١٣٠ في الدقيقة .
٢ — يبلغ في البالغين من ٦٠ — ٨٠ نبضة في الدقيقة .
٣ — يكون النبض بطيئاً في الأشخاص الذين يزاولون أعمالاً بدنية شاقة مثل المزارعين والرياضيين .
٤ — يكون النبض سريعاً في الأشخاص الذين لا يمارسون أعمالاً بدنية كالكاتب .

هـ – يقل النبض قليلاً في حالات الشيخوخة .

(ثالثاً) حالات النبض السريع :

يسرع النبض في الحالات الآتية :

١ – التهيج العصبي والانفعالات النفسية والأحلام المزعجة .
٢ – الالتهابات والحميات والتسمم .
٣ – الأنيميا .
٤ – تضخم الغدة الدرقية السام .
٥ – الصدمات العصبية .
٦ – أمراض القلب ، مثل التهاب القلب الروماتزمي وخلافه .

(رابعاً) : حالات النبض البطيء :

يكون النبض بطيئاً في الحالات الآتية :

أ – الألم الشديد مثل الألم الناتج من ضربة في البطن .
ب – التسمم بالديجيتالا .
جـ – الإصابة بداء الصفراء الإنسدادي .
د – ازدياد الضغط داخل الجمجمة ، كما في حالة حدوث نزيف بالمخ

(خامساً) : حالات النبض الضعيف :

يكون النبض ضعيفاً في الحالات الآتية :

١ – الهبوط الشديد .
٢ – حالات فوق الحمى الشديدة .
٣ – التسمم الدموي .
٤ – الإغماء .
٥ – الصدمات الدموية والعصبية .
٦ – النزيف الدموي الغزير .
٧ – هبوط القلب .
٨ – ازدياد سرعة النبض عن ١٢٠ مرة في الدقيقة .

(ثالثاً) التنفس Respiration

التنفس هو الطريقة التي يتم بها تبادل الأوكسيجين وثاني أكسيد الكربون . ويوجد نوعان من التنفس هما :

١ - التنفس الخارجي : (الظاهري) External Respiration

وهو توصيل الأوكسيجين إلى الدم ، وإخراج ثاني أكسيد الكربون منه ، عن طريق الجهازين التنفسي والدوري .

٢ - التنفس الداخلي : Internal Respiration

وهو عبارة عن الطريقة التي يمكن بواسطتها جعل الأوكسيجين الموجود بالدم ، متاحاً لخلايا الجسم لنقل ثاني أكسيد الكربون من الأنسجة إلى الدم .

إن تدفق الهواء داخل الرئتين وخروجه منهما ، يتوقفان على الفروق في الضغط بين الفراغ الصدري والجو العادي .

ومعدل وعمق التنفس يُتحكّم فيها بواسطة المركز التنفسي في النخاع المستطيل . (Medulla Oblongata)

والتنبيه الكيميائي في الإجهاد الحادث من زيادة ضغط ثاني أوكسيد الكربون في الدم ، هو ظاهرة هامة من ظواهر التنفس غير الإرادي (Involuntory Respiration) ؛ فعندما يتجمّع ثاني أوكسيد الكربون في الدم ، يتنبّه المركز التنفسي تنبهاً مباشراً وغير مباشراً أيضاً بواسطة الشريان السباتي (Cartoid) والأورطي (Aortic Glomi) ، فيزداد معدل وعمق التنفس ، وهذا التنبه الكيميائي الغير إرادي مسئول عن تحديد المراقبة الإرادية للتنفس .

والأم الحديثة ، التي لا تدرك هذا قد تُذعَر عندما يصاب طفلها بهذه الحالة فجأة والمسماة (Temper Tantrum) ويُمسِك عن تنفسه .

وعندما يكون التنفس إرادياً ، تنتقل الإشارات من المركز التنفسي من

المنطقة المُحرِّكة في غشاء المخ المعروفة باسم (Corebral Cortex) . وبسبب هذا التنظيم يمكن للشخص أن يتحكم تلقائياً في تنفسه عندما يتحدث أو يُغني . ويمنع نفسه إرادياً حتى يزداد تراكم ثاني أوكسيد الكربون في الدم .

أ ـ معدل التنفس : Respiration Rate

١ ــ يتنفس عادة الشخص البالغ الصحيح ١٦ مرة في الدقيقة . ولكن وجود فروق بحيث يصبح بين ١٤ ــ ١٨ مرة في الدقيقة يعتبر فروقاً معقولة في حدود المعدل الطبيعي ، وقد اكتشفت أخيراً فروقاً أوسع مدى تحدث في الأشخاص الأصحاء البالغين .

٢ ــ ومعدل التنفس يكون أسرع في الرضع والأطفال الصغار . وقد لوحظ أن العلاقة بين معدل النبض ومعدل التنفس ، تكون عادة ثابتة في الأشخاص العاديين ، والمعدل هو :

١ مرة واحدة تنفس : ٤ ضربات للقلب .

وتسمى زيادة معدل التنفس باسم . Polyprea

ب ـ عمق التنفس : Respiratory Depth

يكون مقدار عمق التنفس في كل مرة يتنفس فيها الإنسان ثابتاً أثناءالراحة ، كما يكون تبادل حجم الهواء طبيعياً في كل مرة تنفس .

ويختلف حجم الهواء المدي (Tidal Air) الذي يدخل إلى الرئتين ، اختلافاً كبيراً في الأشخاص ، ولكن معدله العام حوالي ٥٠٠ سم^{3} من الهواء في كل مرة .

ويسمى عمق التنفس بما يأتي :

١ ــ التنفس العميق : (Deep Respiration)

يكون حجم الهواء المأخوذ فيه أعلى من الحد الطبيعي .

٢ ــ التنفس السطحي : (Shallow Respiration)

يكون حجم الهواء المأخوذ فيه أقل من الحد الطبيعي .

كما يسمى العمق الزائد في مرات التنفس . (Hypernea)

جـ ــ طبيعة التنفس : Nature of Respiration

يكون التنفس عادة تلقائياً وأنواعه حسب طبيعته هي :

١ ــ التنفس السهل : Easy Respiration (Eupnea)

يكون فيه التنفس سهلاً ودون بذل أي مجهود ، ومنتظم وبدون صوت .

وتوجد عادة فترة راحة بين كل مرتي تنفس .

٢ ــ التنفس الصعب : Difficult Respiration (Dyspnea)

المرضى بصعوبة التنفس يبدو عليهم القلق دائماً ، وتظهر آثار الإجهاد على وجوههم ، وتتمدد فتحات الأنف غالباً عندما يحاول المريض التنفس ، كما يستعملون عادة عضلات البطن للمساعدة على التنفس .

والمرضى بصعوبة التنفس يجدون الراحة غالباً ، أثناء جلوسهم في الفراش ، حيث يكون القفص الصدري في وضع عمودي ، وتسمى هذه الحالة بالوضع العمودي (Orthopnea) ، ويُفسّر هذا التحسن في التنفس الذي يشاهد في هذا الوضع ، بأنه ناشىء عن الميكانيكية الآتية :

عندما يكون القفص الصدري عمودياً ، فإن الأحشاء البطنية لا تضغط على الحجاب الحاجز ، كما يزداد الضغط النيُوري (Pleural Pressure) ، ويسبب هذان العاملان اختفاء الاحتقان الرئوي (Pulmonary Congestion) ، وبذلك تزداد قدرة الرئتين على التمدد وطاقتهما الحيوية ، كما تتحسن الدورة الدموية ويختفي ضغط السائل الشوكي المخي (Cerebrospinal) ، ويتحسّن أيضاً إمداد المركز التنفسي بالدم .

ويُنسب إلى التنفس الذي يشتمل على زيادة متدرجة في عمق مرات التنفس ، التي يتبعها انخفاض تدريجي في عمق مرات التنفس ثم تتلوها فترة عدم تنفس – في حدوث صعوبة التنفس – وهذا النوع من التنفس هو ظاهرة خطيرة أثناء المرض ، ويحدث عادة قبل الوفاة مباشرة .

د ـ التنفس ذو الصوت Stertorous Respiration

هو التنفس الذي تصحبه ضوضاء غير عادية ، ويظهر فيه عادة صوت الغطيط (الشخير) .

وتوجد أنواع أخرى من التنفس مثل :

أ – تنفس الالتهاب السحائي . Meningetic (Biot's) Breathing

ب – التنفس الكهفي . Cavernous Breathing

جـ – التنفس الصبياني (السخيف) Puerile Breathing

وتُعرِّف القواميس الطبية هذه الأنواع .

وهي مع ذلك قليلة الإستعمال ، ولا تُفسّر تفسيراً واحداً ، ولذلك فعلى الممرضة وصف الصفة المحددة للتنفس ، وهو أفضل من استعمالها الإصطلاحات السابقة ، والتي قد تُفسّر تفسيراً خاطئاً .

هـ ـ ملاحظة المريض : Observation of the Patient

على الممرضة أن تلاحظ لون وجه المريض وكيفية تنفسه أثناء إيجادها لمعدل تنفسه .

١ – ويوجد عادة (ضيق التنفس Anopia)، عند ما لا يحصل المريض على حاجته من الأوكسجين ، وكنتيجة لذلك يظهر لون الجلد والأغشية المخاطية قاتماً ومائلاً للزرقة ، وتوصف هذه الظاهرة باسم (الزرقة Cyanosis) .

٢ – التنفس البطني : Abdominal Respiration

وهو يشمل الحجاب الحاجز وعضلات الجدار البطني ، ويوجد في بعض الحالات المرضية .

٣ — التنفس الضِّلعي : Costal Breathing

يشمل العضلات داخل الأضلاع ، وهو يوجد في بعض الحـــالات المرضيـــة .

وتلاحظ الزرقة (Cyanosis) على الجلد ، في الأماكن التي توجد بها أوعية دموية كثيرة لاصقة بالسطح الخارجي للجلد مثل :

أ — منبت الأظافر . (Nail Beds)

ب — الشفتـــان . (Lips)

ج — حلمات الأذن . (Lobes of the Ears)

د — الوجنات . (Cheeks)

وعندما لا تكون الزرقة واضحة ، فقد تكون هذه المناطق هي التي تظهر بها الزرقة فقط .

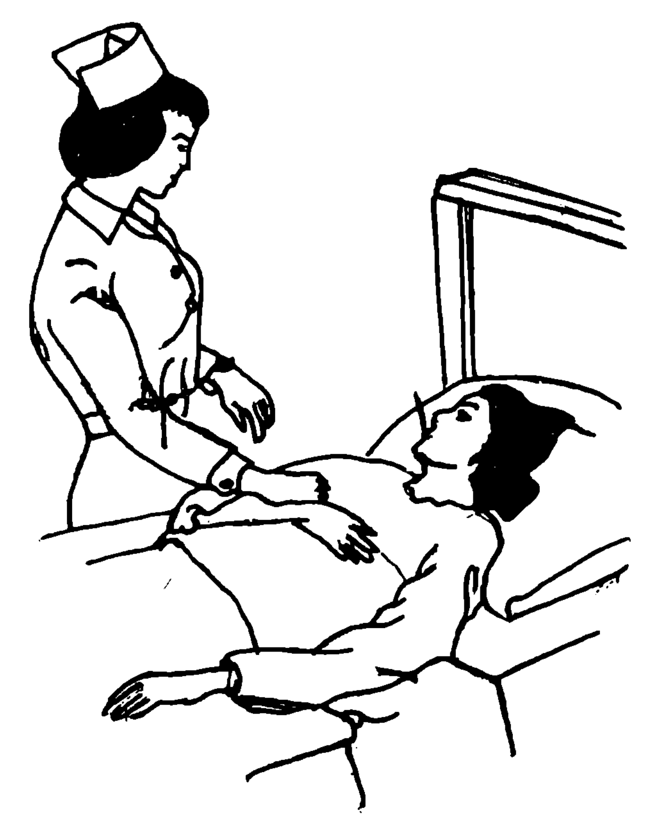
ولكن في الحالات الواضحة من الزرقة ، يظهر اللون الأزرق على جميع مناطق الجسم .

وإذا وجد (الشحوب Pallor) فقد لا تظهر الزرقة ، أما إذا تورَّد الجلد لأي سبب من الأسباب فيمكن اكتشاف الزرقة بفحص لون الغشاء المخاطي للفم لنرى إذا كان مظهره قاتماً .

و — العوامل التي تؤثر على التنفس : :

Factors Affecting Respiration

مما ذكرناه آنفاً فيما يختص بملاحظة عملية التنفس ، يتضح أنه توجد عوامل عديدة تؤثر على الحالة الطبيعية للتنفس ، كما أنه توجد خلال المرض عوامل أخرى فمثلاً :



قياس النبض والحرارة والتنفس
Measurment of Temperature, Pulse, and Respiration

أ — عندما ترتفع درجة حرارة الجسم ، يزداد معدل التنفس ، إذ يحاول الجسم تخليص نفسه من الحرارة الزائدة .

ب — أي حالة ينتج عنها تراكم ثاني أوكسيد الكربون وقلة الأوكسجين في الدم ، تؤدي أيضاً إلى زيادة معدل التنفس وعمقه .

ج — هناك حالات مميزة تسبق بُطء التنفس فمثلاً :

١ – ازدياد الضغط داخل الجمجمة (الاختنا) ، يضغط على مركز التنفس . ويُسبِّب عدم انتظام التنفس أو وجود حالة تنفس بطيء أو ضحل .

٢ – بعض الأدوية التي تعطى ، تقلِّل أيضاً من معدل التنفس .

طريقة الحصول على معدل التنفس و القواعد التي تحكمها

الغرض منها هو الحصول بدقة على معدل التنفس في الدقيقة وبيان حالة المريض التنفسية .

الخطوة المقترحة	القاعدة
١ – يلاحظ تنفس المريض أثناء وضع أطراف الأصابع أثناء استخراج معدل نبضه .	إحصاء مرات التنفس أثناء عد النبض ، يقي المريض من القلق على تنفسه الذي قد يؤثر على معدل التنفس .
٢ – يلاحظ ارتفاع وانخفاض صدر المريض في كل عملية شهيق وزفير – ويمكن إجراء ذلك دون خلع ملابسه .	دورة كاملة من الشهيق والزفير تكون مرة واحدة من مرات التنفس .
٣ – تُعَد ساعة ذات عقرب ثواني لاستعمالها في إيجاد معدل التنفس .	
٤ – تُحصى مرات التنفس خلال $\frac{1}{2}$ دقيقة ثم يضرب العدد الناتج × بـ ٢ لايجاد معدل التنفس في الدقيقة .	الوقت الكافي ضروري لمعرفة معدل التنفس وعمقه وبعض الخواص الأخرى للتنفس .
٥ – إذا كانت مرات	عندما تكون مرات التنفس

التنفس غير عادية بأي صورة من الصور – فيحصى معدل التنفس لمدة دقيقة كاملة ، ويكرَّر ذلك إذا لزم الأمر للتأكد بدقة من معدل التنفس وصفاته .	غير عادية ، فالإحصاء لمدة دقيقة كاملة يكون ضرورياً لإمكان ظهور التوقيت غير المنتظم بين مرات التنفس .

تكرار قياس درجة الحرارة وايجاد معدل النبض والتنفس

معظم المستشفيات لها نظم يُلزَم الأطباء وأعضاء الهيئة التمريضية بتنفيذها وهي تحديد :

أ – عدد مرات قياس درجة الحرارة يومياً .

ب – عدد مرات قياس معدل النبض .

ج – عدد مرات قياس معدل التنفس .

هذا بالإضافة إلى ملاحظة المريض وقياس حرارته عند إدخاله إلى المستشفى .

وبالإضافة إلى ذلك تطلب بعض المنشئات :

١ – قياس درجة حرارة كل مريض مرتين يومياً .

٢ – قياس درجة حرارة المصابين بارتفاع في درجة حرارتهم ، أو الذين أجريت لهم عمليات جراحية تواً ، كل ٤ ساعات ، كما يُطلَب من الهيئة التمريضية وضعهم تحت الملاحظة الدقيقة .

أما في الحالات التي يرعى فيها المريض نفسه ، وفي حالات الأمراض المزمنة أو في الوحدات النفسية ، فلا تجري هذه الإجراءات (الملاحظات) إلا إذا طلبها المريض .

وعلى العموم فإنه عندما تكون حالة المريض ليست مصحوبة بارتفاع في

درجة حرارته ، فإن الحاجة إلى تكرار أخذ حرارته عدة مرات يومياً ، تكون قليلــة .

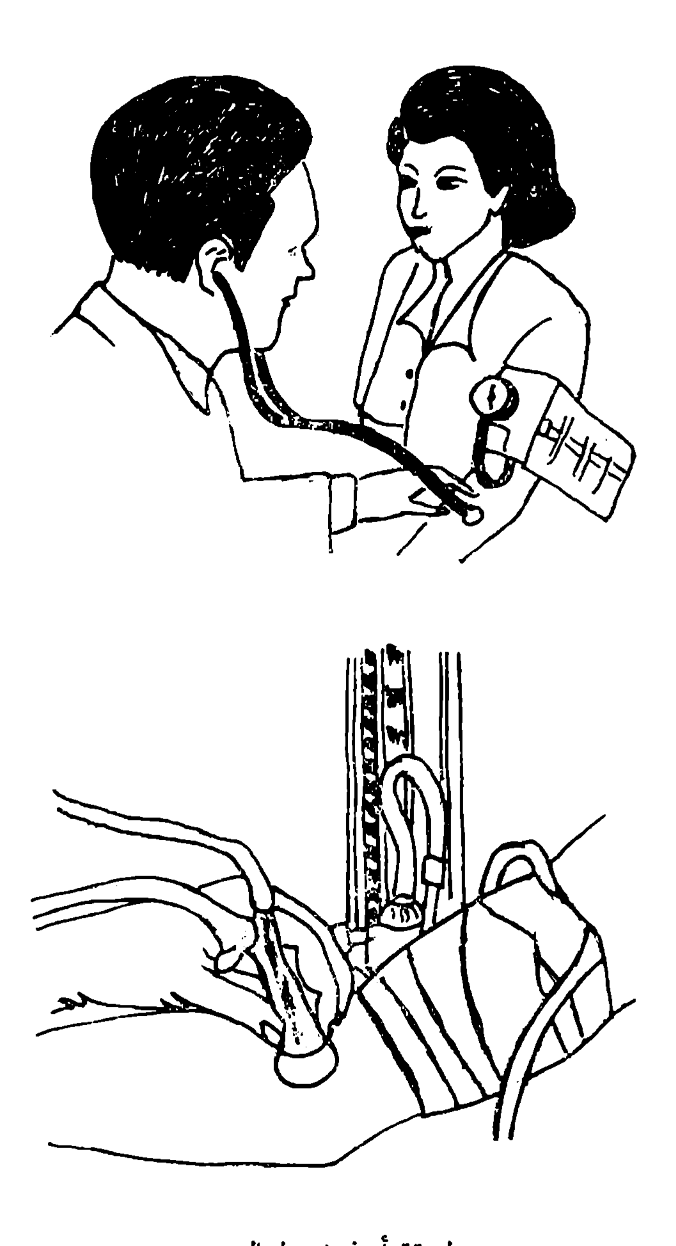
مع أن العاملين المساعدين يمكنهم قياس درجة الحرارة ، ومعدل النبض والتنفس ، لكن الممرضة هي التي تظل المسئولة الوحيدة عن المريض وعن هذه المعاينات أيضاً ، وإذا ظهرت أي أعراض سيئة على المريض – فيجب على الممرضة أن تقيس درجة الحرارة ومعدل النبض والتنفس ، إذ أنها علامات رئيسية ومفتاح جيد لما يحدث في الجسم من تغيرات .

وقد تساءل الأطباء والممرضات، عن أسباب وضع النظم التي تحتم تكرار قياس درجة الحرارة ، ومعدل النبض والتنفس للمرضى الموجودين بالمستشفى ، كما أظهرت الدراسات أن وقتاً محسوساً من أوقات التمريض يضيع بدون فائدة تذكر في أداء هذه العمليات ، هذا علاوة على ما تسببه للمرضى من ازعاج لا ضرورة له بتكرار قياس درجة حرارتهم ومعدل نبضهم وتنفسهم بعد أن أصبحت حالتهم طبيعية وثابتة .

عند وجود أسباب تدعو إلى تقليل تكرار قياس درجة الحرارة ومعدل النبض والتنفس ، للحد من الأعمال التمريضية غير الضرورية – فإن هذا الإجراء لا يُقلِّل أبداً من مسئولية الممرضة عن المريض ، بل إن هذه المسئولية تزداد ، إذ يلزمها أن تكون أكثر يقظة وتنبهاً للتغيرات التي تحدث للمريض ، حتى لا يُهمَل أمر المريض التي تستدعي حالته المراجعة .

(رابعاً) ضغط الدم Blood Pressure

مع أن الطبيب يُجري قياس ضغط دم المريض عند إجراء الاختبارات الطبيعية عليه ، فإن الممرضة غالباً ما تكون هي المسئولة عن تسجيل مقدار هذا الضغط عند إدخال المريض إلى المستشفى . ثم تستمر بعد ذلك في إجراء المراجعات اللاحقة .



طريقة أخذ ضغط الدم
Measurment of Arterial Blood Pressure

وهذا الإجراء أساسي في حالات :

١ – المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم بصورة غير عادية .

٢ – المرضى المصابين بانخفاض ضغط الدم بصورة غير عادية .

٣ – بعد إجراء الجراحات مباشرة ، لما قد يصاب به المريض من صدمات أو أضرار لاحقة للجراحة .

ويُعتبَر قياس ضغط الدم ، طريقة مرضية لمعرفة التغيرات الفسيولوجية المعينة التي تطرأ على الجسم ، ومثله في ذلك مثل العلامات الحيوية الثلاثة السابقة .

من الدراسات التي أجريت على الفسيولوجيا البشرية ، أمكن استنتاج أن ضغط تيار الدم على جدران الشرايين له حَدّان :

١ – الضغط الانقباضي (العالي) : Systolic Pressure

وتظهر فيه النهاية العظمى للضغط على جدار الشرايين عند دفع البطين الأيمن للقلب ، للدم في الأورطي ، وهو يبلغ في الأحوال العادية حوالي ١٢٠ مليمتر من الزئبق .

٢ – الضغط الارتخائي (الأوطى) : Diastolic Pressure

ويسمى أيضاً الحد الأدنى للضغط ، وهو يبلغ في الأحوال العادية حوالي ٨٠ مليمتر من الزئبق .

وتعيين الضغط الانقباضي والضغط الإرتخائي ، هو طريقة ممتازة لتقدير عمل القلب والمقاومة التي تحدث ويوجد :

أ – الضغط المرتفع :

في حالات انقباض الشرايين ، وتصلبها ، وضيق سعتها ، تكون قوة اندفاع الدم فيها ذات ضغط مرتفع .

ب – الضغط العادي :

في حالات سعة الشرايين ، ومرونتها ، يكون ضغط الدم فيها معتدلاً أو منخفضاً .

ويُسجّل الضغط بمليمترات الزئبق كما يأتي :

$\frac{١٢٠}{٨٠}$ أي أن الضغط الإنقباضي ١٢٠ ، والضغط الإرتخائي ٨٠ .

(أ) العوامل التي تحافظ على « **الضغط الشرياني الطبيعي** » :
« Normal Arterial Pressure » :

إن الجهاز الدموي الوعائي (Cardio-Vascular System) : هو جهاز مُغلَق ، وقياس ضغط الدم ، يعني قياس الضغط في هذا الجهاز ، وتوجد خمسة عوامل أولية تتحكم طبيعياً في الضغط وهي :

١ – عمل القلب كمضخة :

وضعف عملية الضخ يُنتج ضغطاً أقل مما يحدث في حالة قوة الضخ .

٢ – المقاومة الخارجية : Peripheral Resistance

إذا كان قطر الأوعية الدموية الخارجية أقل من الحالة الطبيعية ، فيزداد ضغط الدم .

ويتسبب إتساع قطرها في إنخفاض ضغط الدم .

٣ – كمية الدم : Quantity of Blood

عندما تقل كمية الدم – مثلما يحدث بعد النزيف . يكون ضغط الدم منخفضاً ، وتزيد زيادة كمية الدم مقدار الضغط .

٤ – لزوجة الدم : Viscosity of Blood

اللزوجة هي صفة سماكة الدم وقدرته على (الالتصاق Adhering) ، أي كون قوام الدم لزجاً وجيلاتينياً .

وكلما ازدادت لزوجة الدم ، ارتفع ضغط الدم .

٥ — « مرونة » جدران الأوعية الدموية : « Elasticity »

الأوعية قليلة المرونة ، تحدث مقاومة لسير الدم ، أكثر من الأوعية ذات المرونة الكبيرة .

وعندما تزداد المقاومة يزداد ضغط الدم أيضاً . وحالات المرض التي تؤثر على عامل أو أكثر من هذه العوامل الخمسة ، تؤثر على مقدار ضغط الدم .

٦ ـ الضغط الطبيعي للدم : Normal Blood Pressure

تدل الدراسات التي أجريت على الأشخاص الأصحاء ، على أن — « ضغط الدم قد ينخفض إلى حد كبير ، ومع ذلك فيظل طبيعياً » .

وبما أنه يجب أن تكون الاختلافات الفردية محل الاعتبار الدائم ، فإنه يلزم أن نعلم ما هو الضغط الطبيعي لأي شخص يُقدم لنا ، ومع ذلك ، فإنه إذا وُجِد ارتفاع أو انخفاض في ضغط أي شخص من ٢٠ — ٣٠ مم ، فيكون هذا الإرتفاع أو الإنخفاض ذو أهمية حقيقية ، حتى لو كان متمشياً مع المدى الطبيعي .

ويلاحظ أن :

١ ـ الطفل حديث الولادة يكون ضغط الدم عنده منخفضاً ، ويسمى (Systolic Pressure) ، وذلك بحوالي ٢٠ — ٦٠ مم H.G. .

٢ — يزداد ضغط الدم تدريجياً حتى سن البلوغ ، فيرتفع إرتفاعاً مفاجئاً .

٣ — يظل ضغط الدم مستمراً — ولكن ليس بمقدار كبير — من فترة البلوغ إلى الكبر في الأشخاص الأصحاء .

وقد أوضحت الدراسات العلمية أن مدى ضغط الدم ، عند الأصحاء هو:

السن	مقدار الضغط
عشرون	١٢٠/٨٠
ثلاثون	١٢٣/٨٢
اربعون	١٢٦/٨٤
خمسون	١٣٠/٨٦
ستون	١٣٥/٨٩

ضغط النبض العادي هو حوالي : ٤٠ مم (HG) .

وقد وُجِد أيضاً أن جميع الأشخاص تقريباً تحدث لهم تذبذبات طبيعية خلال اليوم الواحد :

أ ـ يكون ضغط الدم ، أقل ما يمكن في الصباح الباكر ، قبل الإفطار وقبل مزاولة أي نشاط .

ب ـ يرتفع ضغط الدم بمقدار ٥ ـ ١٠ مم (HG) عند آخر النهار .

جـ ـ ينخفض ضغط الدم مرة أخرى تدريجياً أثناء فترة النوم .

وتوجد أيضاً عوامل كثيرة تؤثر على ضغط الدم في الأشخاص الأصحاء الطبيعيين وهي :

١ ـ السن Age

مُبيّن تأثيره في الجدول السابق .

٢ ـ الجنس Sex

يؤثر الجنس على مقدار ضغط الدم ، إذ أن الإناث يكون ضغطهن منخفضاً عن الذكور الذين في نفس السن .

٣ ـ انقطاع الحيض : Momopause

قد يكون ضغط دم الإناث ـ بعد انقطاع الحيض ـ أعلى قليلاً من ضغط الدم عند الذكور الذين في نفس السن .

٤ ـ بنية الجسم : Body Build

تؤثر أيضاً على ضغط الدم ، فالأشخاص ذوي البنية الضخمة يكون ضغط الدم عندهم ، أعلى من ضغط الدم عند الأشخاص النّحاف الذين في نفس السن .

٥ ـ سوء الهضم Ingestion

يرتفع ضغط دم الإنسان عند إصابته بسوء الهضم (عسر الهضم) .

٦ ـ التمرينات الرياضية أو النشاطات العنيفة :

Exercises or Strenuous Activities

يرتفع ضغط الدم أثناء ممارستها .

٧ ـ العواطف : Emotions

تحدث غالباً إرتفاعاً في مقدار ضغط الدم .

٨ ـ الرُّقاد : Lying Down

يقل ضغط دم أي شخص عند رقاده وأثناء جلوسه أو وقوفه ساكناً .

(ب) اصطلاحات :

١ ـ ضغط الدم المرتفع : Hypertension يُطلَق هذا الاصطلاح على الأشخاص الذين يكون ضغط دمهم أعلى من الضغط الطبيعي .

٢ ـ ضغط الدم المنخفض Hypotension . يطلق على الأشخاص الذي يكون ضغط الدم عندهم أقل من المعدل الطبيعي .

قياس ضغط الدم : Measuring Blood Pressure

عند قياس ضغط دم أي شخص يستعمل معاً :

١ ـ جهاز قياس ضغط الدم Sphygmomanometer

٢ ـ السماعة الطبية Stetoscope

ويستعمل جهاز قياس الضغط لقياس ضغط الدم ، والسماعة الطبية للاستماع إلى الأصوات .

ويتكون جهاز ضغط الدم مما يأتي :

أ — حقيبة مطّاطية : قائمة الزوايا قابلة للنفخ ، ومغطاة بقطعة قماش طويلة يمكن لفها بإحكام على ذراع المريض .

ب— مانومتّر زئبقي : — يتصل بالحقيبة السابقة بواسطة انبوبة مطاطية .

جـ — بصلة ضغط : Pressure Bulb

تستعمل لنفخ الحقيبة التي تعمل كعصابة على الذراع .

د — صِمَام إبَري : Needle Valve

يوجد على البصلة . ويسمح للهواء بالخروج من الحقيبة حتّى يختفي الضغط ، وبواسطة هذا الصمام يمكن زيادة الضغط في الحقيبة أو تقليله أو تثبيته حتّى يمكن قياس ضغط الدم .

ويوجد نوع آخر من المانومتّرات يستعمل لقياس ضغط الدم ويسمى (Aneroid Type Manometer) ، ولكنه يُعتَبر أقل دقة من المانومتّر الزئبقي ، وله طوقٌ أيضاً متصل بآلة مستديرة تُعطي قراءة ضغط الدم ، عن طريق مؤشر على ميناء يشبه ميناء الساعة — وهذا الجهاز أكثر سهولة في حمله من الجهاز العادي عند زيارة الأطباء للمرضى في المنازل .

ويُحتاج إلى السماعة الطبية للإستماع مباشرة للصوت على الشريان ، عند تفريغ الهواء المضغوط من (الطوق Guff) ، والسماح للدم بالاندفاع خلال الشريان بعد زوال الضغط الذي كان واقعاً عليه من الهواء المضغوط في الطوق والتّركيب الجرسي أو المخروطي في طرف السماعة الطبية — يُضخّم الأصوات في الشريان ، وتنتقل هذه الموجات الصوتية من خلال انبوبتي السماعة إلى أذن المستمع .

وعند وضع السماعة على الأذنين ، يجب التأكد من أن الأطراف الأذنية

للسماعة الطبية . موجهة إلى القنوات الخارجية للأذنين وليست موجهة للأذنين نفسهما .

وبرؤية عمود الزئبق في جهاز الضغط ، والاستماع إلى الأصوات في الشريان بالسماعة الطبية — يمكن قياس ضغط الدم .

إذا كان المريض قد تَعرَّض لبذل أي مجهود بدني أو نفسي ، فيجب إعطاؤه فترة من الرَّاحة حتى يهدأ تماماً ، قبل قياس ضغط الدم عنده .

وقد تَتَطلَّب حالة المريض مراعاة الدقة في قياس ضغط دمه وتحديده بكل دقة ، بأن يطلب الطبيب أخذ قراءات مُتكرِّرة على نفس الذراع ، خلال اليوم نفسه ، وبحيث يكون المريض في نفس وضعه الأول — سواء كان راقداً أو جالساً — وفي هذه الأحوال يجب تنفيذ توصيات الطبيب بدقة شديدة ، إذ أن التغيُّرات في وضع المريض قد تؤثر على القراءات التي تؤخذ لضغط دمه .

تكرار قياس ضغط الدم :

يؤخذ عادة قياس ضغط دم المريض عند إدخاله إلى المؤسسة الصحية ، ولا يؤخذ مرة أخرى إلا إذا وُجِد سبب خاص لأخذ قراءات أخرى إضافية فمثلاً .

١ — بعد إجراء الجراحة ، قد يقاس ضغط دم المريض كل ١٠ — ١٥ دقيقة حتى يَثبُت .

٢ — إذا كان المريض مصاباً بمرض يشمل جهازه الدوري ، فقد يؤخذ قياس ضغطه يومياً ، كما قد يأمر الطبيب بتكرار قياس ضغطه في اليوم الواحد .

وعلى الممرضة أن تكون قادرة على التمييز في قياس ضغط الدم — كما بينا سابقاً في حالات قياس درجة الحرارة ومعدل النبض ومعدل التنفس — فإذا ظهرت أي تغيرات في حالة المريض — فقد يكون قياس ضغطه وسيلة فعّالة تساعد الطبيب عند إخطاره عنها .

وإذا كان المريض في حاجة إلى تكرار قياس ضغط الدم عنده مثل قياسه كل ١٥ دقيقة أو كل ساعة ، فلا يجوز للممرضة أن تترك كُمّ جهاز قياس الضغط في مكانه على ذراع المريض ، لتوفر وقت وضعه في كل مرة ، وعليها أيضاً أن تتأكد من خروج كل الهواء من الطوق . كما يحسن أن تفصل جهاز الضغط ، ولتتذكر الممرضة دائماً أن طوق جهاز قياس الضغط يعمل كعصابة (رباط) على ذراع المريض ، وأن أي عائق لتدفق الدم – سواء كان بسيطاً أو عالياً – إلى الجزء السفلي من الذراع قد يكون خطراً على المريض .

٣ – خطوات قياس ضغط الدم بواسطة مانومتر زئبقي والقواعد التي تحكمه

الغرض من هذا الإجراء هو قياس أعلى وأقل ضغط دم للمريض بالطريقة غير المباشرة . (Indirect Method)

الخطوة المقترحة	القاعدة
١ – يُوضع المريض في وضع مريح ، ويُمَدّ ساعده إلى الأمام بحيث يكون كف يده إلى أعلى .	هذا الوضع يجعل الشريان الرئوي في وضع يمكن فيه وضع السماعة الطبية عليه بطريقة جيدة في المنطقة أمام عظمة الزند .
٢ – يقف الشخص الذي يقيس الضغط ، في وضع يمكنه من قراءة عمود الزئبق في قياس الضغط عند مستوى النظر .	يمكن الحصول على القراءة الدقيقة للضغط ، عندما تكون أعلى نقطة في عمود الزئبق في مستوى النظر ، وإذا كانت العين أعلى أو أسفل من قمة عمود الزئبق ، فإن القراءة تكون غير دقيقة .
٣ – يوضع طوق جهاز	يكون الشريان الرئوي سطحياً

القاعدة	الخطوة المقترحة
في المنطقة أمام عظمة الزند .	قياس ضغط الدم ، أعلى مرفق المريض مباشرة ، مع ترك المنطقة الموجودة أمام عظمة الزند خالية .
إذا كان الكم ملتوياً ، ثم لف على ذراع المريض ، فقد يُحدِث ضغطا غير متساوٍ ، وبذلك تكون القراءة غير دقيقة .	٤ – يلف طوق جهاز قياس ضغط الدم بلطف حول الذراع ، ثم تُثنى نهايته تحت اللّفة السابقة .
	٥ – تستعمل أطراف الأصابع للإحساس بدفع قوي في الدم في المسافة أمام عظمة الزند .
تكون قراءات ضغط الدم دقيقة ، عندما توضع السماعة الطبية على الشريان مباشرة ، وهذا الوضع يُسبِّب أحسن انتقال ممكن للأصوات .	٦ – توضع السماعة الطبية على الشريان الرئوي في منطقة الزند حيث يلاحظ النبض .
الضغط في الطوق يمنع الدم من التدفق خلال الشريان الرئـــوي . ويلاحظ أن الحاجة إلى الدم تسبب الشعور بالخدَر «التنميل» في ذراع المرِيض .	٧ – يضخ الهواء حتى يرتفع الزئبق إلى حوالي ٢٠ مم أعلى النقطة التي يُتوقّع أن يكون فيها أعلى ضغط .
أعلى ضغط هو النقطة التي يمكن للدم عندها اختراق طريقه	٨ – يُخرَج الهواء تدريجياً – باستعمال صمام البصلة – وتُعيّن

الخطوة المقترحة	القاعدة
على المانومتر النقطة . التي يسمع عندها صوت تدفق الدم – يُسجّل هذا الرقم على أنه أعلى ضغط .	خلال الشريان الرئوي ، ضد الضغط الواقع على الشريان بواسطة كم المانومتر .
٩ – يُستمَر في إخراج الهواء تدريجياً من كم قياس الضغط ، وتُعيَّن القراءة على المانومتر عند سماع آخر صوت عال واضح بواسطة السماعة الطبية . يُسجّل هذا الرقم على أنه أوطى ضغط .	أوطى ضغط هو النقطة التي يتدفق عندها الدم في الشريان الرئوي بحرية ، وهي مساوية لمقدار الضغط الذي يقع على جدران الشرايين عندما يكون القلب مرتاحاً .
١٠ – يُسمَح للهواء الباقي بالخروج .	
١١ – يزال الطوق من على ذراع المريض ، وينظف الجهاز ويغلق طبقاً للتعليمات المعطاة من المستشفى .	

الفصل السابع عشر

المساعدة في فحوص الكشف الطبي

ASSISTING WITH THE PHYSICAL EXAMINATION

مقدمة :

إن ضرورة إجراء كشف طبي بطريقة منتظمة ، هي فكرة مقبولة – بصفة عامة – من جميع الأفراد ، كجزء هام من الرعاية الصحية للجميع ، وقد أصبح مُعترفاً بدورها في منع الأمراض وتوفير الصحة للمواطنين والسكان في جميع أنحاء العالم .

ومع ذلك – ولسوء الحظ – فما زال يوجد بعض الأشخاص الذين يضيقون بممارسة ما يعلمون أنه مفيد تماماً لرعايتهم الصحية ، ولذلك فقليل هم الأشخاص الذين تُجرى لهم فحوص طبية دورية منتظمة .

وينصح خبراء الطب في العالم ، الأفراد الذين دون سن الأربعين باجراء فحوصات طبية سنوية لهم ثم نصف سنوية بعد هذا السن، كما ينصحون بأن يُكرَّر إجراء الكشف الطبي عدة مرات أثناء السنة الواحدة للأطفال الرضَّع ، والمرضى بأمراض مزمنة .

واهتمام الممرضة بهذه الفحوص ، لا يكون لأسباب تتعلّق بصحتها هي شخصياً فقط ، بل بصحة مرضاها الذين ترعاهم أيضاً .

إن معرفة أهمية الفحوص الدورية ، وما توضّحه من نتائج ، يساعد الممرضة على تعليم المرضى وعائلاتهم ، كما أن الممرضات يساعدن الأطباء غالباً ،

عند إجراء هذه الفحوص ، ولذلك فإن فهمهن لهذه الفحوص هي أساسية بالنسبة لهن .

(أولاً) : قياس طول ووزن المريض :

Measuring the Patient's Height and Weight

يُجرى قياس طول المريض ووزنه ، بعد إدخاله إلى المستشفى مباشرة وقبل إجراء الفحص الطبي عليه ، ومعظم المؤسسات الصحية تُحتِّم قياس طول المريض ووزنه عند إدخاله وتسجيل ذلك ، حتّى يمكن أخذ أوزان متتابعة له بنفس الطريقة وذلك لإجراء مقارنات دقيقة على وزنه .

ويقاس طول المريض عند أخذ وزنه الأول بعد إدخاله إلى المستشفى مباشرة ، ويجب أن يُطلب إليه خلع حذائه قبل قياس طوله .

ويَحسُن بالممرضة أن تضع منشفة ورقية على سطح الميزان قبل وقوف المريض عليه بقدميه العاريتين ، كما يحسن أن تستعمل لذلك منشفة جديدة لكل مريض ، ويُعتبر هذا العمل إجراءً تعقيمياً جيداً .

هذا ويمكن تأجيل وزن المريض وقياس طوله ، إذا كان مرضه شديداً ، إلا إذا كان الطبيب محتاجاً إلى معرفة وزن المريض للأغراض العلاجية .

ولتسهيل عملية وزن المرضى بأمراض شديدة ، تستعمل كثير من المستشفيات إما :

١ ــ موازين سهلة الحمل . أو

٢ ــ موازين مثبتة بعجلات .

وبذلك يمكن نقل الميزان إلى جوار فراش المريض .

وتوجد أيضاً أنواع أخرى من الموازين تستعمل في الحالات المرضية الخاصة مثل :

أ ــ الميزان ذو الكرسي القابل للحمل .

ويستعمل للمرضى الذين يمكن وزنهم فقط وهم جالسون .

ب ــ الميزان المركب على نقالة (مِحفّة)

ويستعمل للمرضى الذين يمكن وزنهم فقط وهم راقدون (في وضع أفقي) .

والتعقيم الطبي الجيد ، يتطلّب حماية هذه الموازين أيضاً ، بواسطة وضع قطع نظيفة من القماش أو أغطية ورقية ، على أن تستبدل قبل كل عملية وزن .

وتؤثر كثير من العوامل في تحديد ماهية الوزن الطبيعي لأي انسان ، وأهم هذه العوامل هي :

١ ــ السن .

٢ ــ بنية الجسم .

٣ ــ الطول .

٤ ــ الجنس .

ولذلك يصعب تحديد أين تبدأ الحالة غير الطبيعية للوزن ، ويعتقد كثير من الأطباء أن وجود فرق يتراوح بين ١٠ ــ ١٥٪ من المدى المحدد في جداول الوزن ، يقع ضمن الحدود الطبيعية .

ويجب أن يسجل قياس طول المريض ومقدار وزنه في الأماكن المخصصة لها بتذكرة المريض .

(ثانياً) : الإعداد للكشف الطبي :

Preparing for the Physical Examination

الطبيب هو المسئول عن القيام بعملية الكشف الطبي على المريض ــ أما دور الممرضة فهو :

١ ــ إعداد المريض .

ويتضمّن هذا الإعداد ما يأتي :

أ ــ شرح ما سيجري للمريض ، لطمأنته وازالة مخاوفه وردود فعله مما سيجري .

ب ــ التأكد من نظافة المريض قبل الكشف .
جـ ــ التأكد من تبوُّل المريض وتبرزه قبل بدء الكشف .
د ــ وضع ملابسه بحيث لا تتداخل أجزاؤها أثناء الكشف .
هـ ــ التأكد من إعداد جميع الأدوات والأجهزة اللازمة لعمليات الكشف .

٢ ــ مساعدة المريض على أن يكون في الأوضاع المطلوبة خلال عمليات الكشف .

٣ ــ تغطية المريض .

٤ ــ الرعاية بالأجهزة والأدوات التي استعملها الطبيب هذا ويمكن اجراء الكشف الطبي على المريض في :

أ ــ غرفة الكشف الطبي .
ب ــ غرفة المريض .
جـ ــ غرفة العلاج .

توجد لدى معظم المؤسسات الصحية ، صينية أو عربة توضع عليها الأجهزة والأدوات اللازمة للكشف الطبي ، وتعد عادة الأجهزة والأدوات الآتية : ــ

١ ــ منظار فحص العين	Opthalmoscope
٢ ــ جهاز فحص الأذن	Otoscope
٣ ــ منظار الأذن	Ear Speculum
٤ ــ منظار الأنف	Nose Speculum
٥ ــ مرآة الرأس	Head Mirror
٦ ــ مصباح كشّاف	Flash Light
٧ ــ سماعة طبية	Stetoscope
٨ ــ مقياس ضغط الدم	Sphygmomanometer

٩ ــ مقياس شريطي (متر)	Tape Measure
١٠ ــ ضواغط اللسان	Tongue Depressors
١١ ــ شوكة رنانة	Tuning Fork
١٢ ــ قلم للجلد	Skin Pencil
١٣ ــ مطرقة للدق	Percussion Hammer
١٤ ــ أربطة نسيجية	Tissue Wipes
١٥ ــ صندوق للفضلات (القمامة)	Waste Container
١٦ ــ دبابيس أمان	Safety Pins
١٧ ــ قطن	Cotton
١٨ ــ أنابيب اختبار	Test Tubes

ويلزم للكشف الطبي للمستقيم والرحم Rectal & Vaginal Examination اعداد ما يأتي :

أ ــ منظار رحمي مزدوج	Bivalue Vaginal Speculum
ب ــ قفازات مطاطية نظيفة	Clean Rubber Gloves
جـ ــ مسحوق البودرة	Powder
د ــ مادة دهنية للتشحيم (فازلين)	Lubricant

ويطلب الطبيب عادة إتماماً للكشف الطبي الكامل على المريض ، إجراء عدة اختبارات في المختبر .

ولكل مؤسسة صحية إجراءاتها الخاصة أو ما يعرف بـ « دليل المختبر » ، الذي تبين فيه :

١ ــ نوع الوعاء الذي يستعمل لجمع العينة .
٢ ــ كمية العينة المطلوبة .
٣ ــ كيفية إعداد العينة .

٤ ــ اسم المختبر الذي تُرسَل إليه العينة ... الخ

وعلى المرضة ــ في معظم المؤسسات الصحية ــ أن تقوم بإعداد كل المواد الضرورية اللازمة لإجراء الفحص في المختبر مثل :

أ ــ أوعية جمع العينات .

ب ــ أنابيب الإختبار .

جـ ــ الشرائح .

د ــ المواد القطنية المناسبة .

أما عند التحضير للكشف الطبي بوجه عام فيلزم أن يتوفر لدى الممرضة ما يلزم لتغطية المريض ، مثل :

١ ــ مفارش التغطية أو Draping Sheets

٢ ــ بشكير حمّام أو Bath Blanket

٣ ــ ملاءة سرير . Draw Sheet

كما يمكنها استعمال طرف غطاء السرير ، عندما يجري الكشف الطبي على المريض وهو في فراشة .

والغرض من توفير هذه التغطية هو تجنُّب تعريض جسم المريض للتعري في غير الجزء الذي سيكشف عليه من جسمه فقط .

وقد يكون أساسياً ــ في بعض الأحوال : ــ

أ ــ وقاية المريض من الرذاذ .

ب ــ وقايته من الشعور بالبرودة Chilled وبخاصة في أحوال الأمراض الشديدة أو مرض المسنّين .

وإذا كان مرض المريض شديداً أو كان يتحرك بصعوبة ، فعلى الممرضة أن تساعده ، بوضعه في الوضع الذي يُوصي به الطبيب ، وتحفظه مُغطى بإحكام أثناء إجراء الكشف الطبي عليه .

كيفية وضع المريض : Positioning the Patient

توجد أوضاع عديدة للمريض :

(١) الوضع القائم (المنتصب) : Erect Position

هو وضع الوقوف العادي ، وترتكز قدماه إما علىالأرضية المفروشة للغرفة أو يكون مرتدياً خفا في قدميه .

ويكون جسمه مُغطّىً بجلبات ، أو ملاءة صغيرة . أو بشكير حمام . ويُرتّب الغطاء بحيث يسهل على الطبيب الكشف عن :

أ ــ هيئة الجسم .
ب ــ قوام الجسم .
جـ ــ العضلات .
د ــ الأطراف .

وتساعد الممرضة على احتفاظ المريض بلباسه وفي الوضع المطلوب .

(٢) الوضع الظهري (الأفقي) :

Dorsal Position (Horizontal Recumbent) Position

يرقد المريض في هذا الوضع ممدّداً على ظهره وساقيه مُمددتين متجاورتين على فراشه أو منضدة الكشف (Examining Table) ، وقد تسند رأسه بوسادة ، كما قد تُبعد ساقاه عن بعضهما أو يثنيان قليلاً عند الركبتين لإراحة جداره البطني .

ويجب تغطية المريض أثناء رقاده ببطانية حمام أو ملاءة ، مع ثنيها لتظهر المنطقة التي يراد فحصها .

هذا الوضع الظهري شائع الاستعمال لفحص :

أ ــ البطن . ب ــ مقدمة الصدر .
جـ ــ الأثداء . د ــ منحنيات الجسم .

هـ — الحركات الإنعكاسية Reflexes

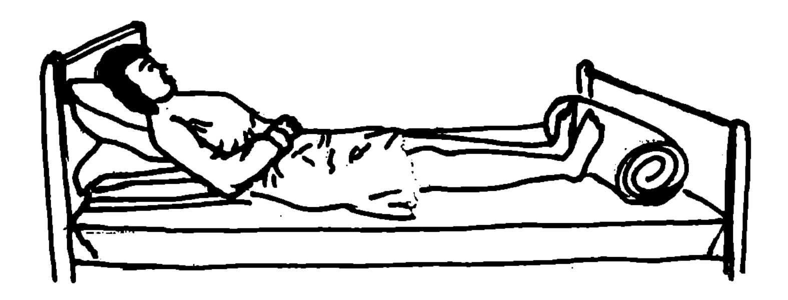
و — الأطراف .　　ز — الرأس .

حـ — العنق .

ط — العينان .　　ي — الأذنان .

ك — الأنف .　　ل — الحلق ... الخ

الوضع الظهري الأفقي



استلقاء المريض على الظهر

(٣) وضع الاضطجاع الظهري مع ثني الركبتين وابعادهما :

Dorsal Recumbent Position

يستعمل هذا الوضع ابتدائياً للفحص الأصبعي للمستقيم أو الرَّحِم للأنثى المريضة .

وليكون الوضع مناسباً للطبيب ، يجب جعل المريضة ملاصقة لحافة منضدة الكشف — لأن هذا يُسهِّل عليه فحص المريضة دون إضطراره للإتكاء على ساقيها .

وتُعد المريضة لتكون في هذا الوضع كما يأتي :

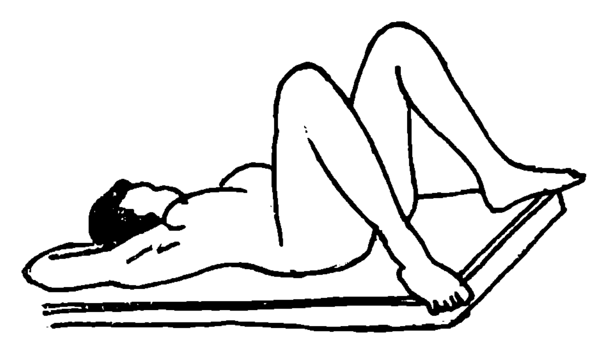
أ ــ ترقد المريضة على منضدة الكشف بحيث تكون ملاصقة لحافتها ويكون ظهرها ملامساً لسطح المنضدة .

ب ــ تثنى الركبتان وتُبعد الساقان عن بعضهما .

جـ ــ يوضع باطن القدمين مسطحاً على المنضدة .

د ــ توضع وسادة واحدة تحت رأس المريضة إذا لزم الأمر .

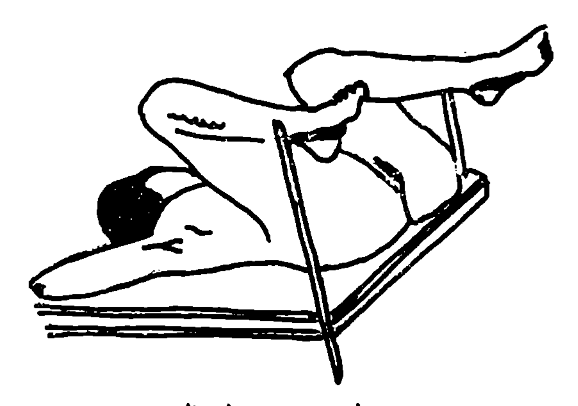
هـ ــ تُعد ملاءة كبيرة بالشكل المربعي القائم Diagonally ،



وضع الاضطجاع الظهري

مع ثني الركبتين وابعادهما

Dorsal Recumbent Position



وضع ظهري مع رفع القدمين

Lithotomy Position

وتوضع على المريضة بحيث تكون رؤوسها متقابلة وتغطى ساقي المريضة ، وتلف حول القدمين لتثبيتها في مكانها .

ويغطي الركن الثالث للملاءة صدر المريضة ، ثم يوضع الركن الرابع لها بين ساقيها .

و – يوضع مشمع نظيف مُغطّى بملاءة مُعقّمة تحت أرداف المريضة (الاليتين) لمنع تلوث ملاءة المنضدة .

ز – عندما يستعد الطبيب للكشف على المريضة ، يُرفَع ركن الملاءة الموجود بين ساقيها ويُثنى على البطن ، ليظهر الجزء المراد فحصه .

(٤) وضع ظهري مع رفع القدمين في ركاب Lithotomy Position

هذا الوضع يشبه الوضع السابق (الاضطجاع الظهري) إلا أن منضدة الكشف التي يرقد عليها المريض ، تكون مُزوّدة برافعتين للأرجل (ركاب) (Foot Stirups)

ويستعمل هذا الوضع أيضاً كسابقه لفحص الإناث في حالات الفحص الأصبعي للمستقيم Digital أو الفحص الآلي للرحم .

أ – ترقد المريضة مستلقية على ظهرها على المنضدة .

ب – توضع اليتا المريضة عند حافة المنضدة .

ج – تثنى ركبتا المريضة ويوضع قدماها في رافعتي الأرجل .

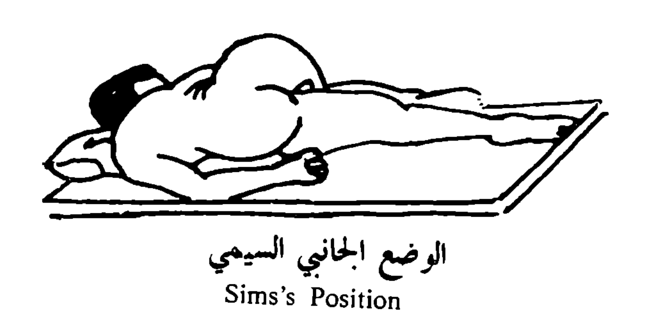
د – توضع وسادة مغطاة بالشمع تحت الاليتين .

هـ – تغطى المريضة كما بينا في طريقة (الاضطجاع الظهري) .

(٥) الوضع الجانبي (السيمي) Semi (Lateral) Position

هو الوضع الذي ترقد فيه المريضة على أحد جانبيها ، ويفضل معظم الأطباء أن يكون رقاد المريضة على جانبها الأيسر .

ويستعمل هذا الوضع للفحص الأصبعي للمستقيم أو الرحم .
ويجري هذا الوضع كما يأتي :



الوضع الجانبي السيمي
Sims's Position

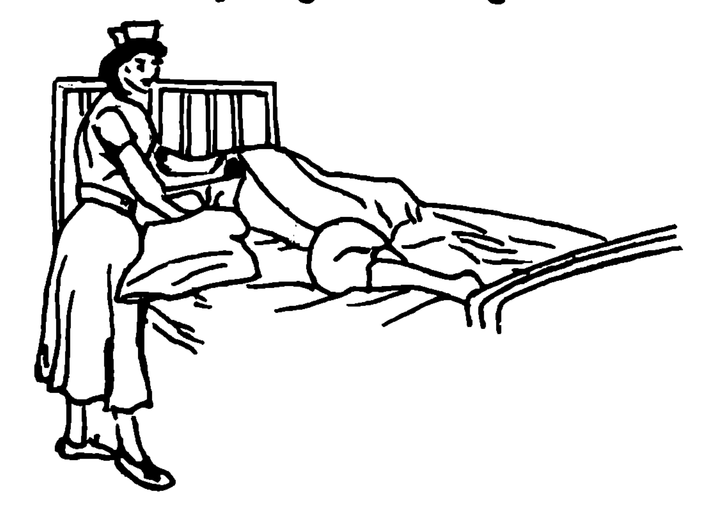
خطوات الوضع السيمي



١ ــ تضع الممرضة وسادة . وتجذب المريض من رسغ قدمه مع سند مرفقها على الوسادة ، ثم تسند ركبة المريض على مرفقها .

٢ ــ تدفع الوسادة بيدها الأخرى . لتجعل الساق بكاملها يستند على الوسادة .

تابع خطوات الوضع السيمي



٣ – تستمر الممرضة على هذه الحال ، ساندة ذراع المريض على الوسادة ، مع ملاحظة حركة نفسها الميكانيكية .

أ – ترقد المريضة على جانبها الأيسر .

ب – تضع ذراعها اليسرى خلف جسمها .

ج – توضع وسادة تحت رأس المريضة .

د – يوضع ذراعها الأيمن إلى الأمام ثم يُثنى المرفق ، ويوضع الذراع على الوسادة .

هـ – يُجعل جسم المريضة مائلا قليلاً إلى الأمام .

و – تُثنى الركبة اليمنى بشدة حتى تكون ملاصقة لبطن المريضة .

ز – تثنى الركبة اليسرى قليلاً .

ح – توضع وسادة مغطاة بالمشمع تحت اليتي المريضة .

ط – تغطى المريضة بملاءة أو بطانية .

وعندما يريد الطبيب أن يبدأ الكشف ، يثنى الركن السفلي للغطاء على فخذ المريضة ، لتظهر المنطقة المراد الكشف عليها .

(٦) الوضع الركبي الصدري (السجود)

Knee-Chest Position (Genupectoral Position)

يستعمل هذا الوضع في :

أ – حالات امتحان الشرج وبخاصة بالآلات .

ب – التأكد من وجود استسقاء بالبطن .

جـ – العلاج الطبيعي لهبوط الأحشاء .

الطريقة :

١ – تسجد المريضة بركبتيها على الفراش أو منضدة الكشف ، حافظة فخذيها عموديين على الساقين والمنضدة ، ومتكئة بساعديها وصدرها ورأسها على المنضدة .

٢ – تُدار الرأس على أحد الجانبين وتوضع على وسادة واحدة .

٣ – قد توضع وسادة أخرى صغيرة تحت الصدر .

٤ – تثنى الذراعان عند المرفقين وتوضعان على جانبي الرأس .

٥ – تغطى المريضة بالغطاء بحيث يُغطى ظهرها واليتيها وفخذيها .

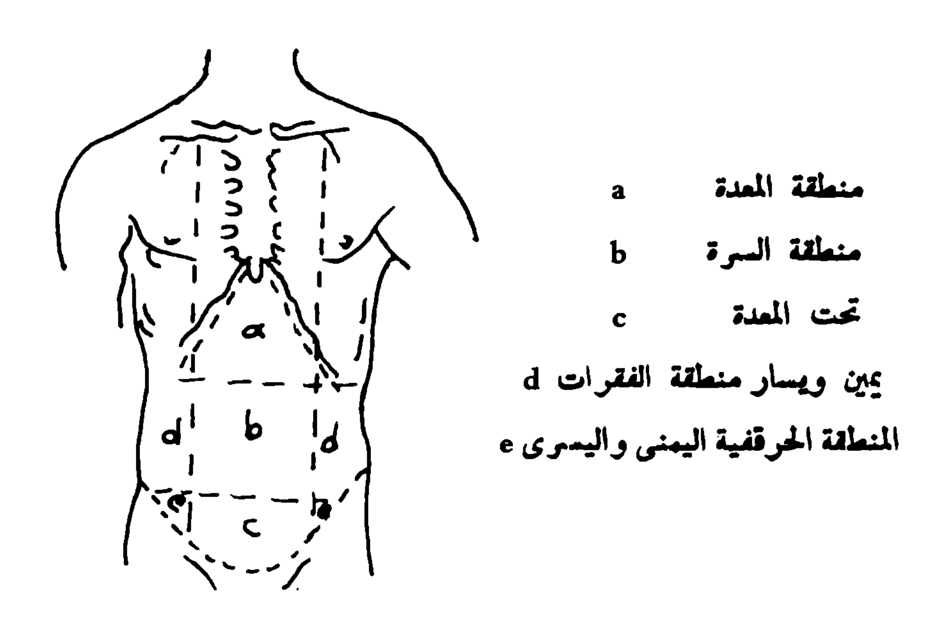
٦ – عند ابتداء الكشف ، تُعرّى المنطقة المراد فحصها فقط .

ويلاحظ أن هذا الوضع شاق جداً لمعظم المريضات ، وبخاصة كبار السن منهن ، ولذلك فعلى الممرضة التي تساعد في الكشف ، أن تجهز مُقدّماً كل الأجهزة اللازمة ، وأن لا تضع المريضة في هذا الوضع إلا عندما يكون الطبيب مستعداً لإجراء الكشف .



الوضع الركبي الصدري (السجود)

Knee Chest Position



Topographic regions of the abdomen a, epigastric region b, umbilical region, c, hypogastric region d, right and left lumbar regions, e, right and left Iliac regions.

(٧) الوضع البطني :

وهو أن تنام المريضة منكفئة على بطنها وصدرها .

ويستعمل في الحالات التالية :

أ – عند وجود قروح بالظهر أو تَوقُّع ظهورها .

ب – للتبادل مع الوضع الظهري تجنباً للإحتقان أو الإلتهاب الرئوي .

ج – للتغلُّب على الإنتفاخ .

د – لتسهيل أخراج الصديد أو الافراز المتجمع ، كما في حالة وجود خراج بالسرة أو خراج بالرئة .

الطريقة :

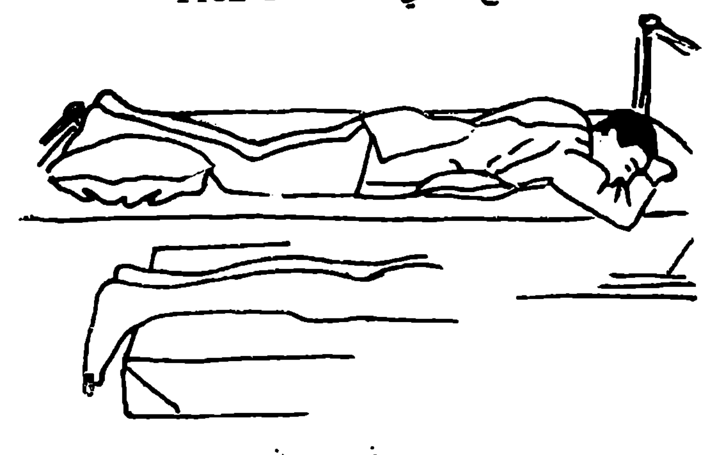
١ – تستلقي المريضة على بطنها وصدرها .

٢ – توضع وسادة تحت الصَّدر .

٣ – يوضع أحد الذراعين تحت الصدر أسفل الوسادة .

٤ – توضع وسادة أخرى تحت رأس المريضة ، وبحيث يكون وجهها متجهاً نحو الذراع الآخر ، الذي يثنى ويوضع على الوسادة بجانب الوجه .

الوضع البطني Pron Positoin



وضع پرون

Patient lying in prone position

(٨) وضع نصف الجلوس :

تكون فيه المريضة مضطجعة بظهرها على الفراش ، وصدرها مرفوعاً إلى أعلى والأمام في وضع بين الرقاد والجلوس . ويستعمل هذا الوضع في الحالات الآتية :

أ – تمريض حالات أمراض الصدر والقلب ليسهل التنفس .

ب – تمريض حالات أمراض المعدة لئلا يمل المريض من الفراش .

ج – بعد التخدير العام والعمليات الجراحية بالبطن والحوض ، لتجنُّب حدوث احتقان رئوي أو مضاعفات أخرى .

د – كثير من حالات النقاهة .

الطريقة :

١ – يوضع عدد كاف من الوسائد خلف رأس المريضة وظهرها ، بحيث تكون مائلة بزاوية ٤٥° على رأس السرير .

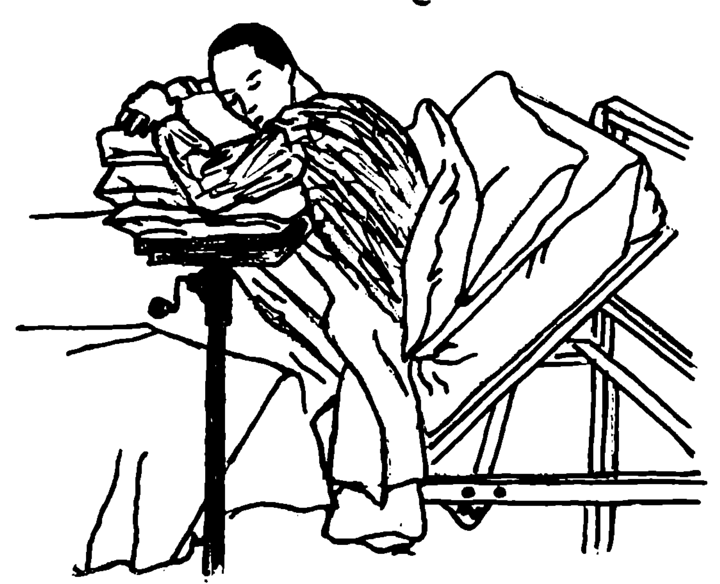
أو ٢ – باستعمال سرير خاص جزؤه المقابل للرأس والصدر متحرك ، يرفع بزاوية ٤٥° إلى أعلى ويثبت وتوضع عليه الوسائد .

وزيادة في راحة المريضة ولتجنب انزلاقها إلى أسفل يمكن عمل ما يأتي :

أ – وضع وسادة تحت ركبتّي المريضة ويثبت طرفاها في جانبي السرير ، أو توضع داخل كيس طويل يثنى طرفاه تحت جانبي مرتبة السرير .

ب – وضع مسند تحت القدمين .

وضع نصف الجلوس



جلوس المريض نصف جلسة وسنده بواسطة وسادات في جميع الإتجاهات حوله وعلى الطاولة أمامه ليكون في وضع مريح .

Use of over-the-bed table to support patient who finds it more comfortable to remain in sitting position.

(٩) وضع فولر : Fowler Position

الغرض منه هو محاولة حفظ المريضة في حالة جلوس تقريباً (كأنها جالسة على كرسي ذو مسندين) .

يستعمل هذا الوضع في الحالات الآتية :

أ — التهاب الزائدة الدودية .

ب — تسهيل خروج إفرازات متجمعة في داخل البطن إلى الخارج .

ج — بعد الجراحات بالجزء الأعلى من البطن مثل حالات المعدة والإثنا عشر والطحال ، لتسهيل عملية التنفس وتجنب الإحتقان الرئوي .

د – تمريض الأمراض الصدرية المصحوبة بضيق التنفس .

الطريقة :

١ – باستعمال سرير خاص ذو أجزاء متحركة :

أ – ترفع رأس السرير إلى أعلى .

ب – توضع عليه المساند خلف رأس المريضة وظهرها .

جـ – تثنى مفاصل الركبتين والفخذين ، يرفع جزء السرير المقابل لهما إلى أعلى .

٢ – باستعمال المساند فوق السرير العادي :

أ – توضع وسائد كافية خلف رأس المريضة وظهرها حتّى يكون صدرها مرفوعاً إلى الأمام بزاوية ٤٥° أو أكثر قليلاً .

ب – توضع وسادة تحت ركبتيها .

جـ – توضع وسادة لكل ذراع على جانبي السرير . ويُفضّل وضع عجلة هوائية تحت مقعده لتجنب قروح الاليتين والظهر .

(١٠) وضع ترندلنبرج Trendelenburg Position

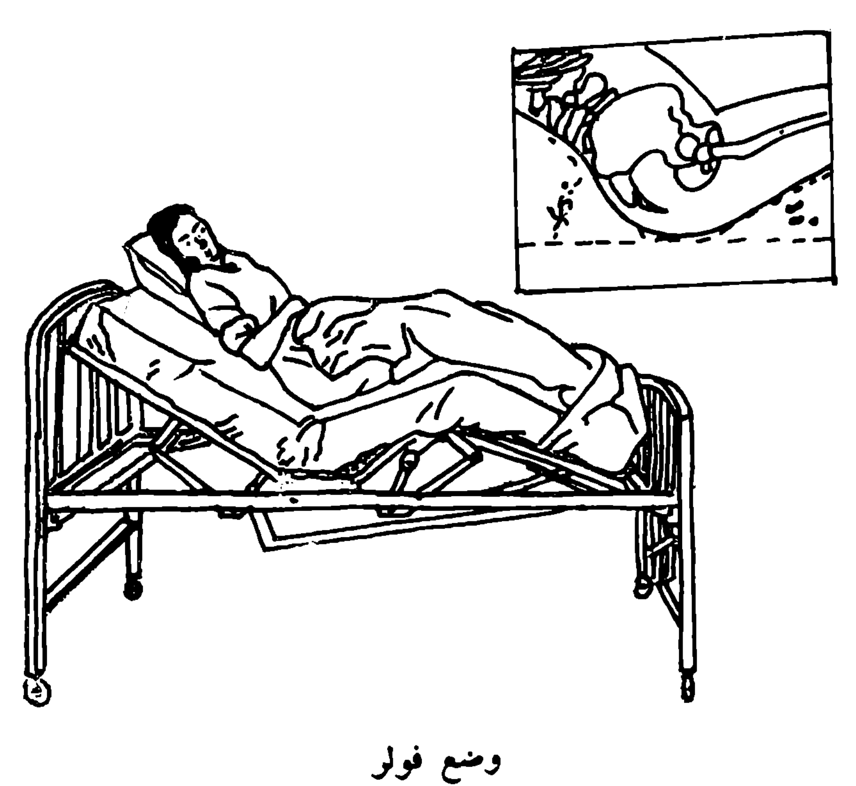
يتبع هذا الوضع في الحالات الآتية :

أ – أثناء إجراء جراحات من جدار البطن الأمامي لأعضاء أسفل البطن والحوض ، إذ أنه في هذا الوضع ترتفع الأحشاء إلى جهة الصدر .

ب – معالجة الهبوط الفجائي للدورة الدموية (الصدمة) أثناء التخدير العام والجراحات ، إذ يزيد هذا الوضع الدورة الدموية بالمخ وأجزائه الحيوية .

جـ – المساعدة على إيقاف النزيف من أطراف الجسم السفلي .

د – حالات خراج الرئة وتمدد الشعب الهوائية لمدة ١٠ – ٣٠ دقيقة لمساعدة الإفرازات المتجمعة بالصدر على الخروج ، وتكرّر هذه العملية عدة مرات في اليوم ولأيام متوالية حتّى تتحسّن حالة المريضة .



وضع فولر

Fowler's position Inset shows correct angle of the pelvis when patient is in this position.

الطريقة :

١ – ترقد المريضة على منضدة العمليات .

٢ – يُحرك رأس ووسط المنضدة إلى أسفل ، حتى يصبح رأس المريضة وصدرها في مستوى أسفل من الحوض .

٣ – يُثنى طرف المنضدة المقابل للساقين إلى أسفل بزاوية قدرها ٩٠° ، وتُثنى عليه الركبتان لتتدلى الساقان والقدمان إلى أسفل .

٤ – يثبت كعبا المريضة . كي لا ينزلق من ناحية رأسها ، ولتجنب

ضغط الركبتين على حافة المنضدة ، خوفاً من الضغط على أعصاب الساق .

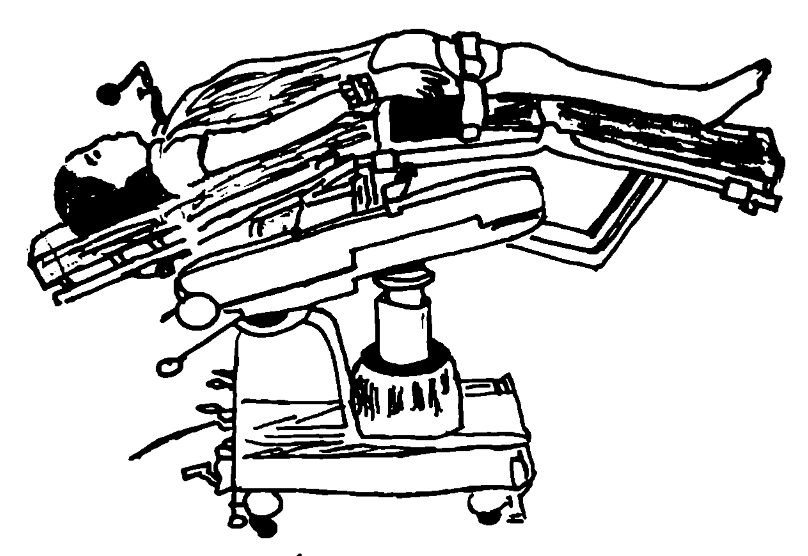
٥ ـ كذلك لتجنب انزلاق المريضة من ناحية الرأس ، فإن منضدة العمليات الحديثة ، مُزوَّدة بمساند معدنية للكتفين تُثَبّت في المنضدة بعد ضبطها مقابل كتفي كل مريضة .

ويجب العناية عند وضع هذه المساند الكتفية ، حتّى لا تضغط على أعصاب الذراعين والأيدي ، مما قد يؤدي بإصابتها بشلل .

(١١) الوضع العكسي لترندلنبرج :

يتبع هذا الوضع عند إجراء عمليات جراحية للأعضاء الموجودة بأعلى البطن ، كالمعدة والإثنا عشر والمرارة .

فيرفع رأس المريضة وصدرها إلى أعلى بتحريك رأس المنضدة إلى أعلى .



وضع ترندلنبرج لمريض تجري له عملية في أعضاء التجويف البطني
Trendelenburg Position for Operation on Lower Abdomen Organs



وضع ترندلنبرج يستخدم في العلاج والفحوصات

Trendelenburg Position used in Examination and Treatments

تستعمل أوضاع :-

١ – الاضطجاع الظهري .

٢ – وضع رفع القدمين .

٣ – الوضع الجانبي .

٤ – الوضع السجودي .

لفحص مناطق الجسم التي تُسبّب إحراجاً للمريضات مثل الشرج والمستقيم والأعضاء التناسلية .

ويمكن للممرضة تسهيل هذه الفحوص على المريضة . وعدم إحراجها بما يأتي :

أ – شرح الفحص الذي سيجري للمريضة .

ب – إعطاء توجيهاتها ببطء وعناية .

ج – اتخاذ كل الاحتياطات اللازمة التي تمنع إشعار المريضة بالعري وكشف جسمها وبخاصة الأجزاء الحساسة منه .

د – طمأنة المريضة ، بعد إعدادها للفحص ، وتغطيتها بإحكام – بأن أحداً من أفراد الوحدة لن يراها أو يدخل عليها الغرفة .

هـ – يجب على الممرضة التأكد من أن أحد هذين الاحتمالين أو كلاهما لن يحدث للمريضة .

بعض المريضات يُصيبهن الذعر والحَرَج عند إخبارهن بضرورة إجراء فحص رحمي (Pelvic Examination) ، ويكون ذلك نتيجة للتأثير الثقافي والديني اللذين تلقتهما ولظروف البيئة التي عاشت فيها ، ولا يقنعهن معرفة أن ملايين النساء الأخريات تجري لهن هذه الفحوص في جميع أنحاء العالم .

وعلى الممرضة في هذه الأحوال ، أن تُوفِّر الوقت اللازم لإعلام المريضة بشعور المريضات الأخريات عندما أجريت لهن هذه الفحوص ، فإن هذا الشرح قد يقنع المريضة ويخفِّف من ذعرها وشعورها بالخجل والإحراج . كما أن الأمر قد يحتاج إلى سؤالها للمريضة بحذر ولباقة عن الطريقة التي تقترحها لإجراء هذا الفحص دون أن يكون فيه أي إزعاج نفسي للمريضة .

(ثالثاً) : مساعدة الطبيب في الفحص الطبي :

Assisting the Physician with the Physical Examination

تُتاح للممرضة فرصة ممتازة للمشاهدة القريبة والدقيقة للمريض أثناء فترة (Course) إجراء الفحص الطبي لها ، ومن المستحسن أن تكون قادرة على تفسير مشاهداتها التي تراها فعلاً في المريض ، كما أن خبراتها ومهاراتها تزداد أثناء مساعدتها للطبيب والمريض خلال فترة الفحص الطبي .

عند إجراء الفحص الطبي للمرضى الذكور ، لا يطلب الطبيب عادة من الممرضة أن تساعده .

بينما تُحتِّم نُظُم معظم المؤسسات الصحية ، ضرورة وجود الممرضة عند فحص أي مريضة ، كما تُحتِّم كلها وجود الممرضة عند إجراء الفحص الرحمي لكل مريضة ، ويُتّخذ هذا الإجراء لإراحة المريضة وطمأنتها وإزالة حَرَجِها من جهة ، ولحماية الطبيب والمؤسسة الصحية من جهة أخرى .

ويجري عادة كل طبيب فحصه الطبي بالطريقة الّتي تلائمه ، والوصف المختصر التالي هو دليل للممرضة ، لمعرفة الطريقة الّتي تتوقع أن يجري بها الطبيب الفحص ، وما الذي يشمله الفحص أيضاً .

أساليب الفحص الطبي :

تُوجَد أربعة طرق عامة للفحص الطبي يستعملها الطبيب ، ليحصل على المعلومات الّتي يريدها من خلال الفحص الطبي وهي :

١ – التفتيش Inspecting

هو أكثر الطرق شيوعاً ، ويستعمل فيها الطبيب الفاحص عينيه ، وتفتيش المريض هو عبارة عن النظر إليه وملاحظته عن كثب ،

٢ – القرع (الطرق) Percussion

هو عبارة عن قرع منطقة معينة من الجسم ، ويجري بواسطة :

أ – أطراف الأصابع

ب – مطرقة قرع Percussion Hammer

وذلك ليتمكن الطبيب الفاحص من أن يسمع الأصوات ، أو يحدد مقاومة النسيج .

فمثلاً عندما يقرع الطبيب جدار صدر المريض لتعيين الصوت الذي يحدث نتيجة لهذا القرع ، فإنه يكتشف وجود سائل فيه من عدمه :

فاذا كان الصوت الصادر صوتاً مكتوماً (Dull) دلّ ذلك على وجود السائل ، وفي هذه الحالة يستمر الطبيب في قرع مناطق الصدر المختلفة ليُحدّد منسوب السائل (Level of the Fluid) ، وعند انتهاء هذا المنسوب يسمع الطبيب صوتاً أجوفاً .

٣ – اللّمس : Palpation

تُستعمل فيه حاسة اللّمس . فيلمس الطبيب الفاحص ، الجسم أو يضغط عليه ، فمثلاً يستعمل الطبيب اللمس عند فحصه للبطن . ليتحسّس الأعضاء الباطنية المختلفة .

٤ ــ التَسَمُّع : Ausculation

تُستعمل فيه حاسة السّمع لتفسير الأصوات في الجسم . ويُجرى عادة بواسطة السمّاعة الطبية ، ويستعمل الطبيب هذه الطريقة عندما يستمع إلى أصوات ضربات قلب المريض . وصوت مرور هواء التنفس في الرئتين في عمليّتي الشهيق والزفير بواسطة السماعة الطبية .

(رابعاً) : نتائج الفحص : Sequence of the Examination

١ ــ تاريخ الحالة : Case History

يحصل الطبيب على هذا التاريخ من المريض عند دخوله إلى المستشفى أو قبل اجرائه للفحص الطبي مباشرة . وذلك بأن يطلب من المريض :

أ ــ تاريخ ظهور المرض .
ب ــ وصف ما يشكو منه .
جـ ــ الأسباب المرجحة لوجود الإصابة .
د ــ العوامل التي ظهرت ودلت على تركيز المرض وتقدمه .
هـ ــ ذكر كل الأمراض التي سبق أن أُصيب بها .
و ــ التاريخ الشخصي للمريض ويشمل :

١ ــ نوع عمله .
٢ ــ حالته الزواجية . **Marital Status**
٣ ــ عاداته الشخصية .

ز ــ التاريخ الطبي للعائلة .

ومن المعتاد أن يأخذ الطبيب تاريخ الحالة بدون حضور الممرضة ، ويُعتبر إجراءً أفضل لأن بعض المرضى يمتنعون عن الإجابة على بعض أسئلة الطبيب أثناء حضور شخص ثالث معهما . كما أن قلة الممرضات أيضاً تُعزِّز هذا الإجراء لعدم ضياع وقتهن الثمين .

ومع هذا فيجب أن لا تتجنّب أي ممرضة هذه التجربة إذا سمح لها وقتها والظروف القائمة بذلك . إذ أنها طريقة ممتازة لزيادة معرفة الممرضة للمريض .

٢ ــ المشاهدات العامة : General Observations

المشاهدات العامة التي يقوم بها الطبيب أثناء الكشف الطبي على المريض تشمل :

أ ــ بنية المريض وقوامه : Constitution and Stature

من حيث :

١ ــ تناسق الجسم .

٢ ــ حالة التغذية .

ب ــ الهيئة والمشية : Posture and Gait

وتشمل الأوضاع التي يتخذها أثناء :

١ ــ الوقوف .

٢ ــ الجلوس .

٣ ــ الرُّقاد .

جـ ــ طبيعة الحديث : Nature of Speech

وتشمل :

١ ــ ردود الفعل العقلية .

٢ ــ الحالة العاطفية .

د — تركيب الجلد وصبغته ولونه :

Texture, Pigmentation and colour of skin.

وهو يشمل :

١ — تركيب الجلد (قوامه) .

٢ — صبغته .

٣ — لونه .

هـ — تركيب وتوزيع الشّعر :

Texture and Distribution of Hair.

وتشمل :

١ — نوع الشعر .

٢ — لونه .

٣ — توزيعه على أجزاء الجسم المختلفة .

(خامساً) : فحص الرأس والعنق :

Examing the Head and the Neck

ويشمل :

أ — شكل الجمجمة وقياس حجمها بمقياس شريطي .

ب — الصفات الطبيعية : Physical Characteristics

ج — تعبيرات الوجه Facial Expressions

د — حالة الشعر وفروة الرأس Condition of Hair and the Scalp

هـ — جَسّ الرأس والعنق لاكتشاف الحبوب أو الأورام الصغيرة (Nodules)

ز — الكشف على الغدة الدرقية Thyroid Gland في العنق .

ح — جَسّ الحنجرة والقصبة الهوائية Larynx and the Trachea

(سادساً) : فحص العينين : Examining the Eyes

يُفحَص ما يأتي :

أ – الجفنان .

ب – مقلتا العينين .

جـ – يُسلّط ضوء كشّاف على العين ، لتحديد ردفعل « إنسان العين» أو « البؤبؤ » Pupie للضوء .

د – يُفحَص قاع العين باستعمال الأوبتالوموسكوب .
Opthalmoscope

هـ – تُفحَص قوة النظر وحقل الروَية (Field of Vision)

بواسطة :

١ – قراءة لوحة الفحص Reading Test Chart

٢ – لوحة فحص محيط النظر Perimeter Chart

واذا لم تكن هناك ضرورة ملحة إلى إجراء فحص تفصيلي للنظر وحقل الرؤية ، فلا تُستعمل اللوحتان السابقتان في الكشف الطبي على المريض .

(سابعاً) : فحص الأذنين : Examining the Ears

يفحص ما يأتي :

أ – الشكل العام للأذنين .

ب – تفحص :

– قناة السمع الخارجية .

٢ – طبلة الأذن .

بواسطة (منظار الأذن Ear Speculum) أو (الأوتوسكوب Otoscope) ومرآة الرأس .

جـ – تفحص Mastoid Area وتلمس .

د — تفحص القدرة على السمع باستعمال الشوكة الرنانة .

وأفضل الطرق لاختبار وتحديد قوة السمع هو باستعمال جهاز (الأوديومتر Audio meter) — وهذا الجهاز لا يستعمل عادة في الكشف الطبي العادي ، إلا إذا وُجِدت ضرورة لتحديد القدرة على السمع .

(ثامناً) : فحص الأنف : Examining of the Nose

أ — يُفتّش الأنف ويُلمَس .

ب — تستخدم مرآة و (منظار الأنف Nose Speculum) لفحص فتحات الأنف والمخاط Septum .

جـ — تُحدَّد قوة حاسة الشم بجعل المريض يشم مواداً معيّنة .

ويجب أن يخطر الطبيب الممرضة بما يريده من مواد لفحص قدرة المريض على الشم .

(تاسعاً) : فحص الشفتين والفم والحنجرة :

Examining the Lips, the Mouth and the Throat

أ — تُفحَص الشفاة عادة بطريقة التفتيش .

ب — يُستعمَل ضاغط اللسان Tongue Depressor ومصباح لإجراء عملية التفتيش في :

١ — الفم .

٢ — الأسنان .

٣ — وجود مواد صحفية .

٤ — اللسان .

٥ — سقف الحلق .

٦ — الفتحات الأفقية .

٧ — البلعوم .

٨ — الحنجرة .

(عاشراً) : فحص الأثداء (النهود) : Examining the Breasts

أ – تفحص الأثداء من حيث :

١ – حجمها .

٢ – موضعها .

٣ – تناسقها .

ب – يستعمل اللمس لتحديد وجود أورام .

جـ – تفحص حلمات الأثداء بالتفتيش واللّمس .

(أحد عشر) فحص الصدر : Examining the Chest

أ – يستعمل طريقة التفتيش لفحص :

١ – تخطيط الصدر .

٢ – حجمه .

٣ – شكله .

ب – تُلاحظ حركات التنفس .

جـ – يستعمل اللّمس لمعرفة انتقال الذبذبات في الجهاز التنفسي – في المكان الواقع عند أصابع الطبيب الفاحص .

د – يستعمل الطرق ، لتقييم الذبذبات في النسيج الموجود تحت الأصابع

ويلاحظ أن نوع الصوت الحادث هام جداً بالنسبة للطبيب – لأن هناك أصوات مُعينة تصدر من الأنسجة المحتوية على الهوائية أو الخالية منه – وتكون هذه الأصوات إما :

١ – علامة على الصحة الجيدة. أو

٢ – تدل على المرض .

هـ – يُجرى الفحص التّسمّعي باستعمال السماعة الطبية ، وذلك لسماع وتقييم الأصوات التنفسية – وقد يُطلَب من المريض أثناء فحصه أن (يكح) – وفي مثل هذه الحالة يجب تزويد المريض بمناشف ورقية لتغطية فمه أثناء الكحة .

ويتفق معظم الأطباء ، على أن الكشف الطبي على الصدر ، لا يكون كاملاً بدون وجود صُوَر بالأشعة السينية (X-Ray) للصدر. لتساعد مشاهدة الرئتين ووضوح حالتهما .

وتقضي نُظُم بعض المؤسسات الصحية بضرورة عمل صُوَر للصدر بالأشعة السينية عن إدخال المرضى إليها .

وتساعد عادة صور الأشعة السينية المتتالية للصدر على اكتشاف :

١ ــ الإصابة المُبكِّرة بالسرطان .

٢ ــ التشخيص المبكر لمرض السل ، حتّى قبل أن يتنبه الشخص إلى وجوده بوقت طويل .

٣ ــ تساعد في تخطيط ومعرفة حجم الأعضاء الأخرى في الصدر .

٤ ــ تساعد على المعرفة الدقيقة لحالة الأضلاع .

(اثنا عشر) فحص الجهاز الدوري القلبي :

Examining the Cardiovascular System

١ ــ يُفحَص هذا الجهاز بالطرق الآتية :

أ ــ التفتيش .

ب ــ اللمس .

ج ــ الطرق .

د ــ الفحص التسمُّعي .

هـ ــ الأشعة السينية .

٢ ــ يفحص الطبيب :

أ ــ حجم القلب .

ب ــ شكل القلب .

ج ــ انتظام النبض .

د ــ حركة قمة القلب .

هـ — النبضات غير الطبيعية .

و — أصوات القلب .

ز — اللفظ .... الخ

٣ — يجري الطبيب دراسة دقيقة لضربات القلب ، باستعمال الرسام الكهربائي للقلب (Electroradiograph) . ويُستعمل هذا الجهاز بواسطة فَنّي مُتمرن . ويسجل خواص الضربات النبضية .

٤ — يُسجِّل مُعدَّل النبض ، بلمس أحد الشرايين الطويلة ، كما سبق أن بيّنا في قياس مُعدَّل النبض .

٥ — تُحدَّد بواسطة اللمس :

أ — سمك الجدران الشريانية .

ب — عمل الشريان .

وغالباً ما يطلب الطبيب من الممرضة أن تقوم بقياس مُعدَّل النبض في الشريان الكبدي أثناء قياسها لسرعة تنفسه عند قمة القلب(Apical-Radial Count) وتدل الاختلافات التي توجد في معدل النبض على وجود تَغيُّرات مرضية بالقلب .

ومع أن الممرضة — غالباً — ما تقيس ضغط دم المريض عند إدخاله إلى المستشفى — فإن الطبيب قد يطلب منها قياس ضغط الدم عنده مرة أخرى أثناء إجرائه الكشف الطبي عليه .

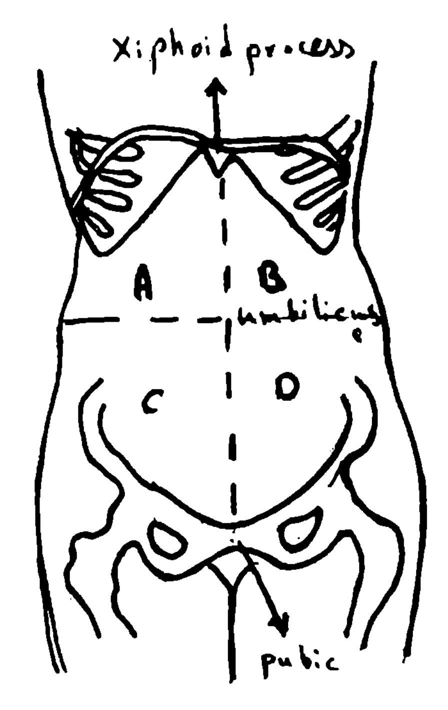
(ثلاثة عشر) : فحص البطن والظهر :

Examining the Abdomen and the Back

١ — يفحص الطبيب بطريقة التفتيش ما يأتي :

أ — الشكل العام للبطن .

ب — حالة الجلد .



تقسيم البطن إلى أربعة أقسام

Quadrants of the Abdomen (A) the right upper quadrant (R.U.Q). (B) The left upper quadrant (L.U.Q.). (C) the right lower quadrant (R.L.Q.) (D) the left lower quadrant (L.L.Q.).

جـ — توزيع شعر العانة (Public Hair)

٢ — يفحص الطبيب بطريقة اللمس ، وجود الكتل غير الطبيعية في البطن .

٣ — يفحص الطبيب بطريقة الطّرق :

أ — الأعضاء التي تحتوي على الهواء (Air Containing) ويُحدّدها

ب — الأعضاء الصلبة ، ويُحدّد حجمها ومكانها .

٤ — يفحص الطبيب بطريقة (الفحص التسمعي) للبطن ، النساء الحوامل لتحديد مُعدّل ضربات القلب .

ولوصف مواقع العلامات والأعراض التي يكتشفها الطبيب في بطـــن المريض تُقسّم منطقة البطن إلى مناطق ، وأكثر طرق هذا التقسيم انتشاراً هي :

« تقسيم البطن إلى أربعة أقسام »

ويتم ذلك كما يأتي :

أ – يرسم خط رأسي من طرف القص (Sternum) إلى عظمة العانة ماراً بالسرة .

ب – يرسم خط أفقي من السرة إلى جانبي البطن وبذلك تُقسّم البطن إلى أربعة أقسام (أنظر الشكل) .

وتسمى هذه الأجسام كما يأتي :

١ – الرّبع الأيمن العلوي : Right Upper Quadrent (R.U.Q.)

٢ – الرّبع الأيسر العلوي : Left Upper Quadrent (L.U.Q.)

٣ – الرّبع الأيمن السفلي : Right Lower Quadrent (R.L.Q.)

٤ – الربع الأيسر السفلي : Left Lower Quadrent (L.L.Q.)

٥ – يُفحص الظهر بطريقة التفتيش وبواسطة اللمس :

أ – لتحديد تخطيطه .

ب – لتعيين موضع العمود الفقري .

ويُلاحَظ أن إجراء كشف طبي كامل على مناطق :

١ – البطن .

٢ – الظهر .

٣ – الحوض .

تتطلب عادة إجراء فحوص بالأشعة السينية ، ولكن جرت العادة الا تعمل فحوص الأشعة هذه إلا عند ما تظهر حالة مرضية ويريد الطبيب التأكد منها .

وتُستعمل عادة « الوسائط المضادة Contrast Media » مثل الأصباغ

والباريوم – في فحوص الأشعة السينية للأعضاء الموجودة في البطن كالكليتين أو في الحوض كالمثانة ... الخ

وتُؤخذ صور بالأشعة السينية للعمود الفقري ، عندما يتطلّب الأمر كشفاً دقيقاً عليه .

(أربعة عشر) : فحص الأعضاء التناسلية ، والمنطقة الموجودة بين الاست والأعضاء التناسلية ، والاست والمستقيم .

٦ – فحص الأعضاء التناسلية والمستقيم للذكور :

Examining the Genitalia, the Perinium, the Anus, and the Rectum.

١ – تفحص هذا المناطق بطريقتي التفتيش واللّمس .

٢ – لا تُجرى فحوص المستقيم والرَّحِم – للأطفال وصغار البالغين – إلا اذ كانت توجد شكاوى مُحدَّدة منهما أو من أحدهما .

٣ – عند فحص الرَّحِم يُتّبع ما يأتي :

أ – يرتدي الطبيب قفازاً مطاطياً مُعقّماً ، ولمساعدته على إرتدائه ترش بودرة التلك على يديه قبل شروعه في إرتدائه .

ب – يستعمل ، منظار رحمي مزدوج الصمامات

(Bivalve Vaginal Speculum)

عند فحص الرَّحم (Vacina) ، وعنق الرحم (Cervix) .

٤ – عند فحص الشرج يتّبع ما يأتي :

أ – يرتدي الطبيب قفازاً مطاطياً معقماً ، كما سبق في الفحص الرَّحمي .

ب – يستعمل منظار شرجي (Anoscope) or (Proctoscope)

٥ – عند فحص المستقيم يتّبع ما يأتي :

أ – يرتدي الطبيب قفازاً مطاطياً معقماً – كما سبق .

ب – يستعمل الطبيب طريقة الفحص الأصبعي Digital ، ويُغَطي عادة أصبعه بالفازلين قبل الفحص .

جـ – نادراً ما يستعمل الطبيب الآلات لفحص المستقيم ، إلا إذا وجِدت أعراض مرضية معينة ناشئة منه . وفي هذة الحالة يستعمل المنظار الشرجي الـ (Anoscope) لهذا الفحص المستقيمي (Rectal Examination) ونادرا ما يلجأ الطبيب إلى استعمال الآلات لفحص المستقيم إلا إذا وجدت أمراض خاصة . أما الطريقة العامة لفحص المستقيم فهي « الفحص الأصبعي Digital » .

يفحص الطبيب هذه الأعضاء منفرداً أو بوجود مُمرِّض معه .

ويوصي الأطباء غالباً . باجراء فحص مستقيمي (Rectal Examination) سنوي أو نصف سنوي للرجال الذين تجاوز سنهم الأربعين سنة ، إذ أن هذا الفحص يساعد على التشخيص المبكر لسرطان البروستاتا .

(خمسة عشر) : فحص الجهاز العضلي والعظمي :

Examing the Muscus Keletal System

١ – تستعمل طريقتي التفتيش واللمس للفحص ويتبع ما يأتي :

أ – يُلاحظ التخطيط العام .

ب – تُفتّش المفاصل .

جـ – تقاس الأطراف احياناً بالمقياس الشريطي (Tade Measure)

د – تُستخرج صور بالأشعة السينية للأجزاء المختلفة لمساعدة الطبيب في الفحص .

هـ – يستعمل قلم الجلد Skin Pencil في بعض الأمراض العضلية أو العظمية .

(ستة عشر) : الفحص العصبي : The Neurologic Examination

يُجرى عادة ما يأتي عند فحص الجهاز العصبي :

١ – تفحص حواس اللمس بواسطة الدبوس والقطن .

٢ – تفحص قدرة المريض على الإحساس بالألم بالقطن والدبوس .

٣ – قد تُستعمَل طريقة وضع أنابيب اختبار بها ماء ساخن أو بارد لاختبار (مستقبلات Receptors) الحرارة والبرودة وقدرتها على الإحساس بهمـا .

٤ – يُستعمل قلم الجلد (Skin Pencil) لتمييز بعض الآلام العصبية المعينة .

٥ – تفحص الحواس المختلفة الباقية .

٦ – يفحص الطبيب الانعكاسات العصبية (Nervous Reflexes) ، باستعمال مطرقة الدق Percussion Hammer لتعيين قدرتها .

بعد الانتهاء من فحوص الكشف الطبي ، يجب على الممرضة أن تساعد المريض ما أمكنها :

١ – تساعد المرضى بأمراض شديدة أو المُسنِّين ، عند مغادرتهم منضدة الفحص .

٢ – إذا كان الكشف الطبي ، أجرى على المريض في غرفته فعلى الممرضة :

أ – إعادة ترتيب فراش المريض .

ب – إجراء كل ما يلزم نحو إراحة المريض وتوفير أسبابها له .

٣ – على الممرضة اتباع تعليمات المستشفى الخاصة بالعناية بالأجهزة التي استعملت أثناء الكشف الطبي على المريض .

٤ – هي مسئولة عن التأكد من أن جميع الأدوات التي استعملت في إجراء فحوص الكشف الطبي على المريض ، قد اعتنى بها العناية التامة في أدوار التعقيم الطبي لها وكذلك جميع الأشياء التي وضعت تحت تصرفها، والآلات التي استعملت أثناء الكشف الطبي .

الباب السابع

تنمية الروابط العلاجية مع المريض

الفصل الثامن عشر

المهارة في استعمال لغة الاعلام

USING COMMUNICATION SKILLS

تعريف الاعلام :

الإعلام ، هو إعطاء الأفكار والآراء والمعلومات أو تبادلها .

كل ما يفعله الإنسان أو يقوله ، له قيمة إعلامية ، فعمله ، والمنزل الذي يعيش فيه ، والملابس التي يرتديها ، واللمحة . وغمزة العين ، والكلمة المُعَدلة ، والإيماءة ، والإشارة ، وكل بادرة تبدُر منه — كل منها يُعلِم عن شيء أو معنى .

وتوجد طريقتان لاتصال الأشخاص أو الجماعات ، بعضُهم ببعض :

١ — الطريقة اللفظية Verbal

وتستعمل فيها الكلمات .

٢ — الطريقة غير اللفظية Nonverbal

وهي التي لا تستعمل فيها الكلمات .

لتنمية صلات مُثْمِرة مع الآخرين ، فمن الضروري أن نتّصل بهم بفاعلية ، إذ لا يمكن انشاء علاقة بين الأشخاص إلا إذا وُجد تجاوب بينهم .

فمثلاً جلوس شَخصين غريبين مُتجاورين في دار للسينما . فمع أنه يوجد بينهما تجاور بدني ، إلا أن هذا التجاور ، لا يُنشيء بالضرورة أي شكل من أشكال العلاقة بينهما — ومع ذلك فعندما يتبادلان ، أثناء عرض الفيلم ، أي كلمات أو نظرات ، ينشأ بينهما تجاوُب ، وتبدأ العلاقة بينهما

في التكون – ولا يهم كيفية الإتصال بينهما – فسواء كان هذا الإتصال شفهياً كتعليق أو تفسير ، أو غير شفهي بأن ينظر أحدهما للآخر عابساً لأنه يأكل الفِشار (Popcorn) بصوت عالٍ مُزعج – ففي هذه اللحظة تنشأ علاقة بينهما سواء كانت صداقة أو عِداء .

إن إنشاء أي علاقة ، لا بد لها من وجود :

أ – مُرسِل ذو رسالة يحملُها .

ب – مُستقبل للرسالة المرسلة .

ولا يمكن عادة الفصل بجلاء ، بين إرسال الرسالة وإستقبالها ، إذ أن كلاهما يحدثان عادة في وقت واحد .

فمثلاً ، عندما تتحدث ممرضة مع مريض يصف لها ما يشعر به من صداع ، فبينما يتكلّم المريض (يرسل الرسالة) ، تستقبل هي هذه الرسالة باصغائها لما يقوله ، وقد تكون هي في نفس الوقت تُرسل إليه رسالات بتعبيرات وجهها أو حركاتها أثناذلك–مثل خبطها بأصابعها بنفاد صبر–ويستقبل المريض عندئذ هذه الرسالة بينما يُرسِل هو رسالته بحديثه إليها ، وهكذا يتبادلان الرسائل بوسائل مختلفة في وقت واحد – ويحدث بينهما التجاوب .

وإذا تأمّلنا أي مناقشة بين شخصين ، فإننا ندرك أن تبادل الرسائل بينهما مستمر ويحدث في وقت واحد .

(أولاً) : الاتصال اللفظي : Verbal Communication

وسيلة هذا النوع هي استعمال الكلمات أي (اللغة) . وهو يحصل عند :

أ – القراءة .

ب – الكتابة .

جـ – التحدث .

د – الاستماع .

والاتصال اللفظي (الشفهي) ، يكون عادة عملاً إرادياً ، فالشخص يمكنه أن يقرأ أو يكتب أو يتحدث أو يستمع ، عندما يشاء .

وفي هذا الإتصال يجب أن يتقاسم الطرفان ، الفهم العام للكلمات ، وإلا كان الإتصال بينهما فاشل إلى أبعد حد .

ففي حالة مسز بانسكي التي ذكرناها في الباب الأول ، كانت المريضة والممرضة غير قادرتين على الإتصال اللفظي ، إذ لم تكن إحداهما تفهم لغة الأخرى — وقد بدأ الإتصال اللفظي بينهما ، عندما استدعي المترجم إلى المستشفى — وهذا المثال واضح وقاطع في أن وجود الحاجز اللغوي بينهما ، كان حائلاً لوجود الاتصال بينهما ، ولذلك كان الاتصال فاشلاً قبل حضور المترجم .

ومع ذلك فإن الأشخاص الذين يتكلمون لغة واحدة ، قد يكون إتصالهما فاشلاً ، بسبب إختلاف تفسير بعض الكلمات المعينة .

فمثلاً ، نُشر في الصفحة الأولى في عدد مايو ١٩٦٢ ، بالجريدة الأمريكية للتمريض (The American Journal of Nursing) ، مقالاً ، قُدم على انه مزحة ، وهو يُصور كيف أن العبارات المُتفق على أن لها معنى واحد ، يمكن أن يكون لها معنى مختلفاً عندما تستعمل في أوضاع مُعينة — وعلى سبيل المثال — ذكر أن أحد الأطباء قرر :

« أن المريض هادىء ومتعاون »
ففُسر هذا التقرير على أنه يعني
« إنه يسرني وجوده في الجناح »

وليس للكلمات معاني مختلفة عند الأشخاص المختلفين فقط ، ولكن ظروف استعمالها والمواقف المختلفة التي تستعمل فيها ، قد تؤثر في معانيها .

كما أن إمالة الصوت ، قد تعطي معنى مختلفاً للكلمة أو العبارة التي تقال — فمثلاً عبارة « أهلاً وسهلاً »أو « في أمان الله » — يمكن أن تقال بطريقة تعني

الترحيب بالحضور ، أو حرارة الوداع ، كما يمكن أن تدل على عكس ذلك .

إن الإتصال اللفظي في عملية التمريض يشمل القراءة والكتابة في تذكرة المريض وأنواع التسجيل المختلفة . كما يُستعمل الإتصال الكتابي أيضاً في توضيح الخطط التمريضية ، والإجراءات التي تُتّخذ ، وما يختص بتعليم المريض .

(ثانياً) : الإتصال غير اللفظي : Nonverbal Communication

لا يشمل هذا النوع من الإتصال تبادل الكلمات أو استعمالها ، كما أنه لا يعتمد على استعمال أي لغة .

ومُرسل الرسالة يجري اتصاله بالمُرسَل اليه بواسطة :

١ ــ الحركات الجسمانية .

٢ ــ تعبيرات الوجه .

٣ ــ المظهر الشخصي .... الخ

ويستقبل المُستَقبِل هذه الرسائل ــ بالملاحظة .

وغالباً ما يكون الإتصال غير اللفظي « لا ارادياً » ، ولذلك فهو يكون تحت مراقبة قليلة من الشخص مُرسِل الرسالة ، وهو يُعتبر لذلك أكثر دقة في التعبير عن المشاعر الحقيقية بصفة عامة ، فمثلاً كثيراً ما تساءلنا أو سئلنا « ما هو الخطأ » ، عندما دلّت النظرة والتصرُّف بوضوح على أن هناك خطأ ما .

ولا شك أن لدى كل منا الإدراك الكامل للنظرة التي تحدث عند قدوم شخص ما ، فهذه النظرة قد تَدُل على الترحيب والسرور ، أو أنها تعني الضيق بهذا الحضور ، وإذا صحب النظرة إشارة باليد أيضاً ، فإن الرسالة تكون في غاية الوضوح ولا يمكن تجاهل معناها .

وقد يكون الاتصال غير اللفظي مصحوباً بالإتصال اللفظي ــ أي يحدثان معاً في وقت واحد ــ وتكون هذه الحالة أكثر وضوحاً ودلالة بالنسبة للمُستقبل

كما قد يُسبِّب وجود هذين الاتصالين معاً صعوبة فهم ما يقال لاختلاف ما تعنيه نظراته وتعبيراته وحركاته... الخ.عما تعنيه كلماته .

ومثال شائع للاتصال غير اللفظي ، يمكن مشاهدته عندما تُقدَّم هدية لطفل :

أ ـ فاذا كان يحبها ، فيبدو سروره بها واضحاً في مظهره ، وتعبيرات وجهه وحركاته .

ب ـ أما إذا كانت مخيبة لآماله ، فيظهر ذلك بوضوح إذ يَصعُب عليه إخفاء هذا الشعور .

إن ركنا هاماً من أركان التمريض ، هو تنمية القدرة على المشاهدة ـ أي ملاحظة المريض وتفسير تعبيراته غير اللفظية .

فمثلاً قد يسخَر مريض من الفحوص والاختبارات التي تُجرى عليه قبل الشروع في إجراء عملية جراحية له ، كما قد يبدو غير مُهتَم بهذه الجراحة التي قد تُهدِّد حياته ـ ولكن تعبيرات وجهه وحركاته تفهمها جيداً الممرضة المدرَّبة ، عند مشاهدتها لها ـ فهي تلاحظ قلقه من :

١ ـ تكرار تركه للفراش .
٢ ـ عدم قدرته على البقاء في وضع واحد .
٣ ـ تدخينه المتوالي .
٤ ـ ذهابه المتوالي إلى التليفون للاتصال بعائلته .
٥ ـ تركه لمكانه كلما شاهد مِحفَّة (نقالة) .

وإذا كان من الممكن القول ، بأن الكلمة المقولة أو المكتوبة ، يكون لها معاني مختلفة ، في الظروف المخلتفة ، ومع الأشخاص المختلفين ـ فإنه يمكن القول بذلك أيضاً عن الإتصلات غير اللفظية ، إذ أن التعبيرات التي تظهر على وجه شخص ما ، يمكن أن يكون لها أيضاً معاني مختلفة كالكلمة .

وعلى سبيل التجربة الموضوعية ، يمكن إجراء ما يأتي : ـ

أ ـ يُختار برنامج تليفزيوني غير مألوف للمشاهدين مثل ، فيلم أو رواية .

ب ـ يُمنع الصوت وتُعرَض الصُّوَر فقط .

ج ـ تُحاوَل ترجمة تعبيرات الوجوه والتصرُّفات . للمقارنة بين رُدود الفعل المختلفة التي تظهر على المشاهدين .

د ـ تعاد هذه المشاهد ثانية مع إظهار الصوت مع الصورة .

هـ ـ وتشاهد مرة أخرى تعبيرات الوجوه والتصرفات . ونلاحظ دائماً أن النتيجة تكون فيها اختلافات في الحالتين .

(ثالثاً) : فائدة استعمال مهارات الاتصال في التمريض :

إن القدرة على إيجاد العلاقات وتنميتها . هي إحدى الأمور الأساسية في عملية التمريض ، ومن أجل ايجاد علاقة وثيقة بالمريض . فعلى الممرضة أن تتجنب أن تكون ذات صلة بأي شيء قد يؤذي المريض .

ومن أهم الأشياء التي يجب أن تراعيَها الممرضة . لإيجاد علاقة وثيقة بمريضها أن :

١ ـ تستعمل الكلمات والعبارات السهلة والواضحة ، التي يمكن للمريض أن يفهمها .

٢ ـ تتجنَّب الإصطلاحات التي يعرفها .

فتخبره مثلاً بوضوح ، أن إفطاره سيؤجَّل حتى تؤخذ له عينة من الدم من أوردته ، لأن الطبيب يريد أن يُجري دراسة على دمه . وأن الإفطار قبل أخذ العينة يؤثِّر على مكونات الدم ، فتكون النتيجة غير واضحة .

وتتَّهم عادة الممرضات ، بأنَّهن يتجاهلن أن معظم المرضى لم يألفوا من قبل الإجراءات التي تُتَّبع في المستشفيات .

وقد تفشل العلاقة اللفظية أيضاً مع المريض . لأن :

١ ـ المريض لا يسمع جيداً الكلمات التي تقال .

٢ ـ لحدوث التمتمة أثناء الحديث .

٣ ـ لوجود ضوضاء في الغرفة .
٤ ـ يكون الحديث إليه بصوت خافت .
٥ ـ يكون الحديث إليه سريعاً بحيث لا يمكنه تفسير الكلمات التي تقال ... الخ

مثل هذه الأشياء قد تمنع السماع الجيد لما يقال ، وتعيق الاتصال اللفظي .

كما أن بعض المرضى يوجه إليهم اللّوم والتوبيخ ، لعدم اتباع التعليمات الخاصة بتناول الأدوية في منازلهم . ويكون السبب في ذلك غالباً ، هو أنهم لم يسمعوا هذه التعليمات بوضوح .

ولهذا فعلى الممرضة . أن تحرص على أن يكون حديثها مع المريض واضحاً ودقيقاً . وقد يكون من الضروري لها ـ عندما تتحدث مع المصابين بأمراض شديدة أو المسنين . أن تسأل عما إذا كان حديثها يُسمَع بوضوح .

إن تغيرات الممرضة . وحالاتها . وقلّة حديثها ـ تدل على أنها لم تُؤَد عملها كما يجب ـ ومن أجل مصلحة مريضها . عليها أن تكون واثقة أنها أوضحت له تماماً ما تريده أن يعلمه .

وليس هناك ضرورة مطلقاً . لأن يكون حديث الممرضة مع مريضها حديثاً رسمياً جافاً . بل من الأفضل أن يشعر المريض أن أحاديثها معه ودية وحميمة . وأن تشعره بصداقتها له . واهتمامها به شخصياً .

والممرضة التي لا تُحسِن الحديث في أي موضوع . إلا المسائل الصحية فقط ـ تَجد صعوبة بالغة في توثيق علاقتها مع كثير من المرضى .

ومن ناحية أخرى . فإن الممرضة التي تتجنّب التحدث مع المريض في مشاكله الصحية . قد تُثير شكوكه ومخاوفه تجاه نفسه ومن ناحية مرضه ومن المؤسسة الصحية ذاتها .

وأياً كان الحديث . فيحسن أن تُترك للمريض فرصة البدأ فيه . ولتسمح له الممرضة بأن يَتحدث بما يشاء . وعليها أن تتجاهل تماماً مشاكلها الخاصة

بقدر الإمكان – وإذا وجدت أن المريض يحاول التدخل في حياتها الخاصة . فعليها أن تحوّل حديثه بلباقة إلى موضوع آخر .

كما يجب على الممرضة أيضاً ، أن تتعوّد حسن الإستماع إلى المريض ، وتُظهر له متابعتها التامة وتأثُرها بما يقوله ، وإحساسها بما يريد أن يُعبِّر عنه بملامحه أو تصرفاته دون أن يتكلّم .

وعلى الممرضة أن تعلم ، أن جميع الأشخاص ، يؤلمهم أن يستمعوا في كثير من الأحيان، إلى الحقائق التي قد تكون مؤلمة في بعض الاحيان وأن الإنسان بطبيعته ، يحب أن يَسمَع ما يتمنى أن يسمعه – لا ما يجب أن يسمعه – ولذلك فعليها أن تتوخى اللباقة والكياسة في حديثها ، وأن تختار كلماتها بكل دقة ، حتى لا يُجرَح إحساس المريض ، أو تُحطّم آماله وأحلامه .

والطالبات الجديدات يجدن غالباً ، أنهن يمنحن مرضاهن العناية التمريضية بطريقة بسيطة مرضية ، أثناء إنشغالهن بملاحظة المرضي والإستماع اليهم – ولكن الممارسة المستمرة والتجربة تعطيهن دائماً مزيداً من القدرة على رعاية مرضاهن ، وإيجاد علاقات وثيقة مع المرضى – حتى أثناء إنهماكهن في أداء أعمالهن اليومية .

ولا شك أن اهمال الممرضات لهذه الناحية الهامة من التمريض ، واكتفاءهن بالناحية العملية فقط من التمريض ، يسلب الممرضة ، المعرفة الحقيقية الثمينة بالمرضى الذين تحت رعايتها ، كما يحرمها من الشعور بالرضى عن نفسها ورضاء مرضاها عنها وحبهم وتقديرهم لها .

الباب الثامن

الرعاية العامة للمريض

مقاييس السلامة

تحرص المؤسسات الصحية على الإجراءات الوقائية باتباع ما يأتي : —

١ — التفتيش الدائم على بيئة المريض .

٢ — اتباع أسلم الطرق لمنع الحوادث وانتشار الأمراض .

٣ — تزويد العاملين بها بالمعلومات اللازمة للقيام بأعمالهم بكل دقة .

وذلك لأن مقاييس السلامة ذات أهمية كبرى لأنه :

أ — قد يكون المريض ضعيفاً أو في حالة إعياء بدني .

ب — قد يكون المريض ضعيف البصر .

ج — قد يكون المريض ضعيف السمع .

د — قد يكون المريض تحت علاج يُؤثِّر على الحواس أو التوازُن .

هـ — قد يكون المريض في سن الشيخوخة .

و — قد يكون المريض في سن الطفولة .

ز — قد يكون المريض مصاباً بمرض عقلي ... الخ

لذلك فإنّه يجب مراعاة ما يأتي لحماية المرضى والممرضات من التعرُّض للإصابة بالأمراض :

(١) — مواصلة اتِّباع استعمال قواعد ميكانيكية الجسم ، في كل التحرُّكات ، مع أهمية طلب المساعدة في تحريك أو المساعدة على سير المريض الثقيل الوزن .

(٢) — مراعاة الدقة التامة في نظافة :

أ ــ الأثاث .

ب ــ الأجهزة والأدوات .

جـ ــ حفظ الأجهزة والأدوات في أماكنها المخصَّصة لها ــ حتّى لا يتعثّر فيها المريض إذا وضعت في غير هذه الأماكن .

(٣) ــ تجفيف أي سوائل تسقط على الأرض مباشرة .

(٤) ــ تأمين الإضاءة الكافية قبل القيام بأي عمل تمريضي .

(٥) ــ الإستعانة بحاجز السُّلّم عند النزول أو الصعود ــ منعاً للتعثُّر أو السقوط .

(٦) ــ وضع كرسي بجانب سرير المريض بطريقة سهلة ــ لحماية المريض عند نزوله من السرير أو صعوده إليه .

(٧) ــ الإستعانة بالعوارض الخشبية الجانبية للسرير ــ حماية للمريض . سواء كان كبيراً أو صغيراً ؛ تبعاً لمقتضيات الظروف .

(٨) ــ ضرورة سرعة تقديم تقرير عن الحالات التّي تقتضي الحماية السابقة .

(٩) ــ الاحتراس الشديد ، واتّباع التعليمات الخاصة :

أ ــ بصب الدواء .

ب ــ إعطاء العلاج .

مع مراجعة الطبيب أو الممرضة المسئولة عند احتمال أي شك قد يبدو للممرضة نحو هذا العلاج .

جـ ــ يُكتب بوضوح على زجاجات السموم اسماءها ونوعها ــ حتّى لا تستعمل إلا في تخصّصها .

(١٠) ــ الاحتراس الشديد في استعمال قِرَب الماء الساخنة مع :

أ ــ المرضى المشلولين .

ب ــ المرضى المصابين ببطء في الدورة الدموية .

ج – المرضى المسنين .
د – المرضى المصابين بأمراض عقلية .

(١١) – السريـــر :

أ – يجب أن تُوضَع عليه مرتبة من النوع الجيِّد .
ب – يُفرَش بملاءة قطنية خاصة لتلامس جسم المريض .
ج – عدم فرش بطانية صوف على السرير فوق الملاءة السابقة أو على المرتبة مباشرة لأنها تسبب الحساسية عند ملامستها للجسم .
د – مراعاة توفير التدفئة الكافية .
هـ – مراعاة نظافة محتويات السرير ، مع حفظها جافة .
و – إزالة فضلات الطعام ، بعد كل وجبة .
ز – شد الملاءات كلما لزم الأمر .
ح – التفتيش الدقيق على ملاءات الأسرة ، للتأكد من عدم وجود ثقوب بها – لتجنِّب المريض التعثُّر في هذه الثقوب بواسطة أصابعه .
ط – تثبيت عجل السرير حتّى لا يتحرك .

(١٢) – التدخين :

أ – لا يسمح للمريض بالتدخين في السرير ، وكذلك عائلته لأن في ذلك مصدر خطر عليه .

ب – إذا سُمِـح له بالتدخين، فيكون ذلك في وقت مُحدَّد ومكان مُعيّن ، على أن يكون في حالة يقظة تامة ، مع مراعاة وجود طفاية سجاير بجواره ، والتأكد من إطفاء الكبريت المشتعل – مع وجوب مراقبة المسنِّين ومرضى الأمراض العقلية .

(١٣) – المحافظة على سلامة المريض، برفع الأسنان الصناعية من فمه وعدم تركها فيه ، إذا كان في حالة غيبوبة – مع مراعاة العناية بغسيل الفم .

(١٤) – حماية جلد المريض من الإلتهابات ، التي تتسبّب عن بلل الفراش بالبول أو البراز ، وذلك بدهان أجزاء جسمه الملامسة للفراش بزيت الزيتون أو أي نوع من الكريم .

(١٥) – تحريك المريض مراراً على جانبيه ، في فترات متقاربة ، حتى لا يطول بقاؤه على جانب واحد – مما يُسبِّب إصابته بقرحات الفراش .

(١٦) – حالة الكسور :

يُتّبعْ في حالة الكسور ما يأتي :

أ – يجب تغطية حواف الجبس .

ب – مراعاة إعطاء المريض العكّازات المناسبة لحالته .

ج – التفتيش الدائم على المطّاط الموجود في العكازات حتى تظل سليمة وصالحة للإستعمال .

د – إرشاد المريض وتعليمه الطريقة الصحيحة لاستعمال العكازات .

هـ – مراعاة حمّالات العكازات ، والتأكد من أنها مُثبّتة تثبيتاً جيداً .

(١٧) – حماية المريض بمرض عقلي :

لحماية المريض عقلياً يتبع ما يأتي :

أ – عدم وضع أي نوع من الآلات الحادة في متناوله .

ب – إبعاد جميع الأدوية والكبريت والآلات الحادة إبعاداً تاماً عنه – خوفاً من محاولته الإنتحار .

ج – تقديم تقرير عاجل عنه – إذا لوحظت عليه أي علامة تدل على إنهياره العصبي .

د – تزويد النوافذ بأقفال خاصة حتى لا تُفتَح فتحاً كاملاً .

(١٨) – وضع حصيرة من المطاط في حوض الاستحمام (البانيو) ، لمنع سقوط المريض وإصابته بأضرار جسمانية .

(١٩) – مساعدة المريض عند :

أ – صعوده إلى السرير .

ب – نزوله من السرير .

ج – جلوسه على الكرسي وقيامه عنه .

د – صعوده إلى النقالة أو نزوله منها .

(٢٠) – مساعدة :

أ – المسنِّين .

ب – العميان .

أثناء تنقلاتهم وبخاصة عند ذهابهم إلى الحمّام وعودتهم منه .

(٢١) – تنبيه المريض وزواره – في حالة العلاج بالاوكسجين – لما قد يُسبِّبه الأوكسجين من حرائق .

(٢٢) – سرعة إخطار المختصين في حالة الشكّ في تَسرُّب أي غاز .

(٢٣) – يجب مراعاة وجود سُلّم جاهز بالقُرب من مكان العمل لاستعماله عند الحاجة .

الفصل العشرون

النظافة الشخصية

PERSONAL CLEANLINESS

النظافة اليومية :

مريضك يعتمد عليك في العناية بنظافته اليومية . ومعظم المرضى يتمنّوْن أن يتحمّلوا هذه المسئولية بأنفسهم بأسرع وقت ممكن حين يُسمَح لهم بذلك .

ففي أثناء مرضه الشديد . أو عقب عملية جراحية ، فإنّه رغماً عنه يعتمد عليك ، ولذلك عَليْك أن تستعملي مهارتك في مساعدته على شفائه ، وعلى أن يكون ذلك من تِلقاء نَفسِك . إذ أن هذا سيرفَع عنه إحراجه وخجله حين يطلب منك ذَلك . كَما أن هذه العناية من جانبك ، سترفع روحه المعنوية ، وتشجّعه على الشفاء العاجل . فتعلّمي أن تشاركيه في احتياجاته بأن تقومي بأداء طلباته حتّى ولو كانت صغيرة — ما دامت ستُريحه وتسعده .

ويختلف الأفراد في اعتقاداتهم في أداء خدمات العادات الصحية ، وذلك بتأثير البيئة . سواء كانت إجتماعية أو ثقافية . أو الخلقية الفسيولوجية . فلكل منهم طريقته ومواعيده الخاصة في غسيل أسنانه أو يديه أو استحمامه أو تغيير ملابسه . أو إعداد سريره ولذلك فيجب على الممرضة مراعاة ذلك ، وكل ما يهم أن يؤخذ في الاعتبار أنه إنما يحافظ على العادات الصحية لاستمرار نظافته . لأن مُعظم المرضى يجدون صعوبة في التأقلم على نظم المستشفى ، ولذلك يجب على الممرضة مراعاة ذلك بمساعدة مريضها حتّى يتأقلم .

ولنبدأ اولا باعداد السرير .

(أولاً) – ترتيب السرير المغلق CLOSED BED

(أ) الأهداف :

١ – إعداد سرير مُريح آمن معد لاستقبال مريض جديد .

٢ – إعطاء الجناح مظهراً أنيقاً .

(ب) الأدوات اللازمة :

يلزم إعداد الأدوات التالية :

١ – كيس للمرتبة .

٢ – عدد ٢ ملاءة للسرير .

٣ – مشمع .

٤ – ملاءة قلع .

٥ – مفرش سرير .

٦ – عدد ٣ كيس للوسادة .

(جـ) الطريقة :

يُتَّبع ما يأتي :

١ – تعد الملاءات للفرش .

٢ – توضع الملاءات على الكرسي بجانب السرير .

٣ – تُقلَب المرتبة على جانبها الآخر ، مع إلصاقها برأس السرير .

٤ – توضع المرتبة في كيسها .

٥ – تُوضَع الملاءة على السرير ، بحيث يكون خطّها الأوسط في وسط السرير – ويُحشَر الجانبان العلوي والسفلي تحت المرتبة .

٦ – تُفرَش الملاءة القطن الثانية على المرتبة ، مع تَجنُّب إيجاد عُقَد أو ثنيات بها .

٧ – تُثبّت أركان الملاءات بالطريقة الصَّحيحة – كما سبق .

٨ – يُثبّت جانب الملاءة القطن من أعلى إلى أسفل تحت المرتبة.

٩ – يوضع المُشمّع في الوسط – قريباً من حافة المرتبة العليا – مسافة من ٢ – ٣ بوصة من الوسادة ، أي على بعد حوالي ١٥ بوصة من رأس السرير .

ولقياس ذلك ، يوضع المِرفق عند أعلى المرتبة ويُفرد الساعد والكف إلى أسفل .

١٠ – توضع الملاءة القلع على المشمع المفروش في وسط السرير وتُثبّت .

وإذا استعملت ملاءة كبيرة بدلاً من الملاءة الصغيرة ، لوضعها في منتصف السرير ، فإنها تُثنى حتى تَتّفق مع وسط السرير ، وتُثبّت.

١١ – توضع الملاءة القطن الثانية ، وتُثبّت مع عمل الركن بالطريقة الصحيحة – وكذلك البطانية فوقها .

١٢ – يُوضَع المفرش على السرير ، بحيث يغطيه تماماً من أعلى إلى أسفل، مع عمل الرُّكن .

١٣ – تنتقل الممرضة إلى الجانب الثاني من السرير ، لتثبت جوانب وأركان الآتي :

أ – الملاءة السفلى مع شدها حتى لا تكون بها عقد أو تجعدات .

ب – الجانب الثاني للمشمع ويثبت .

جـ – الملاءة القلع وتُثبّت .

د – الملاءة القطن الثانية (الملاءة العليا) وتثبّت.

١٤ – تثبت الملاءات تحت أقدام المرتبة مع عمل الركنين الأثنين .

١٥ – توضع الوسائد في أكياسها .

١٦ – توضع الوسائد على السرير ، بحيث تكون فتحتها عكس الباب .

١٧ – تثبت عجلات السرير ، حتى لا يتحرّك .

١٨ – يوضع الكرسي أسفل السرير ، وبنفس الجانب الذي توجد به منضدة السرير .

(ثانياً) ــ السرير المفتوح OPEN BED

الهـــدف : هو إعداد السرير لمريض جديد ، أو أثناء وجود المريض بعيداً عنه .

الطريقـــة :

يتبع ما يأتي :

١ ــ تُتّبع نفس خطوات السرير المغلق (الغير مشغول) ، سواء في :

أ ــ الأدوات اللازمة .

ب ــ طريقة إعداده .

٢ ــ يثنى ٢ بوصة للداخل من المفرش ــ الذي يغطي السرير إلى نهايته ــ عند الرأس على البطانية .

٣ ــ يُثنى طرف الملاءة العليا من الخارج ، لتُغطى طرفي البطانية والمفرش من أعلى .

٤ ــ تُحشَر الملاءتان والبطانية .

٥ ــ أما المفرش فيترك مُسدَلاً من الجانبين .

(ثالثاً) ــ طريقة عمل أركان ملاءات السرير MITTEREO CORNER

لعمل أركان ملاءات السرير ، يُتّبع ما يأتي :

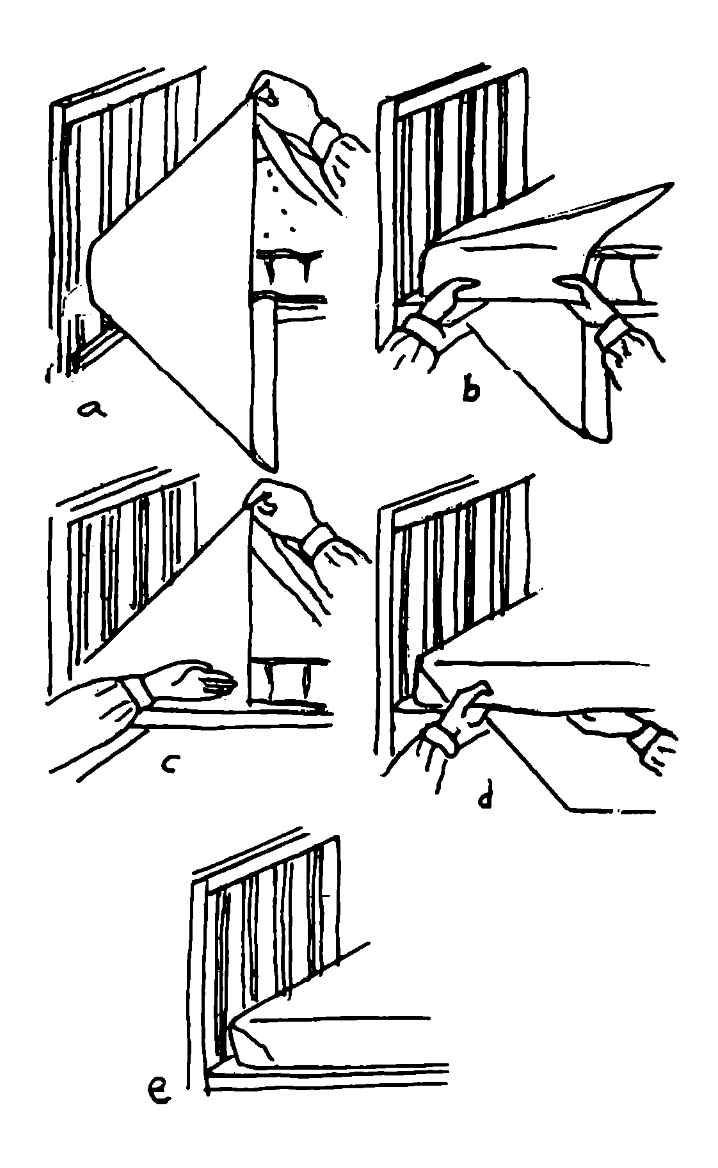
١ ــ تقف الممرضة عند قدمي السرير وفي مواجهة رأس السرير ،

٢ ــ تفرد الملاءة على سطح المرتبة .

٣ ــ تحشر نهاية الملاءة ــ الموجودة عند القدمين ــ تحت طرف المرتبة .

٤ ــ تضع الممرضة يدها اليمنى على طرف المرتبة ، وتمسك طرف الملاءة السفلى من الجانب الأيسر باليد اليسرى ، وترفعها أفقياً بمحاذاة طرف المرتبة ، لقياس الجزء الذي يحتاجه المثلث .

٥ ــ يُمسَك بالنقطة التي وصلت اليها الممرضة بهذا القياس في طرف



طريقة عمل أركان ملاءة السرير

Making the Mitred Corner steps a, through e, show position of the linen and hand of the nurse.

الملاءة من أسفل إلى أعلى – وبذلك يظهر المثلث واضحاً .
٦ – يترك رأس المثلث على المرتبة ، وتُحشَر حافته السفلى تحتها .
٧ – يُمسَك رأس المثلث مرة ثانية ، ويُحشَر تحت المرتبة ، وتستعمل نفس الطريقة في الجانب الآخر – سواء للملاءات أو البطانية أو المفرش .
٨ – يلاحظ شد الملاءة جيداً ، لمراعاة عدم وجود تجاعيد ، وبذلك يكون الركن مفروداً وصلباً .

(رابعاً) – كيفية تنظيف السرير :

STRIPPING AND CLEANING THE BED

(أ) أهداف نظافة السرير :

إن أهداف نظافة السرير هي :
أ – منع إنتشار الأمراض ، وذلك بإمداد المريض بوحدة نظيفة مُعقّمة .
ب – تخصيص غرفة للمريض تبعث في نفسه الإنشراح والطمأنينة .

(ب) الأدوات اللازمة :

يلزم إعداد الأدوات الآتية :
١ – صحن كبير به ماء مُزوَّد بمُطهِّر .
٢ – قطعتان من القماش للتنظيف .
٣ – ورق جرائد .
٤ – فرشاة صغيرة .

(ج) الطريقـــة :

يُتَبَع ما يأتي : –
١ – تُوضَع الأدوات على كرسي بجوار السرير ، ويُستحسن أن يكون على الدُرج الصغير بجوار السرير .

٢ – تُؤخذ كل الأدوات التي استعملت بواسطة المريض السابق مثل ، ابريق الماء ، والكوب ... الخ ، إلى المكان المناسب لتنظيفها وتعقيمها ، أو التخلُّص منها .
٣ – يُبعد الكرسي وحواجز السرير الجانبية عن السرير ، لإيجاد مُتّسع كافٍ للعمل .
٤ – تُرفَع الملاءات ، كل واحدة على حدة ، وكذلك المفرشِ ، ثم تُثْنى كل منها لوضعها في سلة الغسيل ؛ مع ملاحظة خلوِّها من أي شيء من أدوات المريض مثل :
أ – الأسنان الصناعية .
ب – العيون الزجاجية .
جـ – القفازات .
د – الأدوات الخاصة بالمستشفى .
مع مراعاة عدم إلصاق هذه الأدوات الغير نظيفة . بملابس الممرضة أثناء ترتيبها .
٥ – يُغسَل الكرسي ويُجَفَّف .
٦ – تُمسَح الوسائد بقطعة قماش مُبلّلة بماء نظيف ، ثم تُوضَع على الكرسي النظيف ، مع ملاحظة أن لا يكون بها تمزُّقات أو بُقَع .
٧ – يُغسَل المشمع ويُجفف من جهة واحدة ، ثم يوضع على الكرسي بحيث تكون الجهة التي لم تُنظّف للخارج .
٨ – تُنظَّف المرتبة بماء نظيف ومطهر ، بعد أن تُضرَب بمضرب من الخيزران بالطول وبالعرض ، ومن أعلى إلى أسفل ، وعلى الجانبين للتخلص من الأتربة ، مع ملاحظة التدقيق في خلوِّها من التمزقات والثقوب .
٩ – يُوضع الجانب النظيف من المشمّع على السطح النظيف من المرتبة ، حتى يمكن غسل وتجفيف الجانب الآخر غير النظيف من المشمع ،

ثم يُثنى ويوضع على الكرسي .

١٠ ـ تقف الممرضة أسفل السرير وتجذب المرتبة إلى أسفل حتى يتدلّى نصفها على نهاية السرير .

١١ ـ تُغسَل الحافة العليا لإطار السرير وتجفف ، وكذلك السوستات (الزنبركات) ، مع استعمال فرشاة صغيرة لتنظيف الزنبركات عند الضرورة .

١٢ ـ تُقلَب المرتبة ، بحيث يكون سطحها النظيف على الجزء العلوي من السرير الذي سبق تنظيفه .

١٣ ـ يُنظَّف السطح العلوي للمرتبة كما سبق .

١٤ ـ يُغسَل الجزء السفلي من إطار السرير ويُجفف ، وكذلك الزنبركات وتجفَّف أيضاً ـ ثم تُسحب المرتبة لتغطية السرير .

١٥ ـ يوضع المشمع على السرير .

١٦ ـ يُرفَع مسنَد الظهر وتوضع عليه وسادة .

١٧ ـ توضع الأدوات على الكرسي عند غسيل وتجفيف جوانب السرير .

١٨ ـ تُترَك الغرفة مُرتّبة ، وترفع منها الأدوات ، مع كتابة تقرير عن أي إصلاحات مطلوبة .

١٩ ـ تُحضِر الممرضة ، ما يلزم من الأدوات والملاءات النظيفة ومفرش للسرير لاعداد السرير مغلقاً .

ملاحظة : نظافة السرير المغلق ، هي أساساً أحد واجبات مساعدة الممرضة ـ ولكن يجب على الممرضة ـ أن تشرف عليها وتعلمها كيفية أداء هذا الواجب .

(خامساً) : تغيير سرير مشغول : OCCUPIED BED

الهــدف :

هو تغيير فرش سرير به مريض ، حفاظاً على سلامته طوال مدة إقامته بالمستشفى .

الأدوات اللازمة :

يلزم إعداد الأشياء الآتية :

عدد

٢ – ٣ ملاءة سرير (إذا كانت إحداها ستستعمل ملاءة قلع) .

١ ملاءة قلع .

١ مفرش سرير .

٢ كيس للوسادة . أو (حسب المطلوب) .

الطريقـــة :

تتبع الخطوات الآتية :

١ – تقفل النوافذ .

٢ – تفتح الدروتان .

٣ – توضع الملاءات النظيفة على كرسي بجوار الفراش .

٤ – تُفَك جوانب وأركان الملاءات الموجودة على السرير .

٥ – تُرفَع المرتبة إلى رأس السرير .

٦ – يُرفَع المفرش مع ثنيه من أعلى إلى أسفل .

٧ – تمسك المفرش من وسطه ويوضع على الكرسي .

٨ – يُتّبع بالبطانية ما أتبع بالمفرش (٦ ، ٧) .

٩ – تُرفع الوسائد وتوضع على الكرسي أيضاً .

١٠ – يُساعد المريض على التدوير إلى الجانب الثاني من السرير ، مع تغطيته جيداً بالملاءة العليا حول جسمه حتّى لا يتعرّى .

١١ – تُبرَم الملاءة القلع على هيئة اسطوانة . مع دفعها وحشرها قرب جسم المريض .

١٢ – يتبع ما سبق في ملاءة القلع في (المشمع متّر – والملاءة السفلى) .

١٣ – إذا كان المشمع متّر الموجود على المرتبة مباشرة . قذراً – فيغسل بالماء

والصابون ويُجفف .

١٤ – يُبْرَم نصف الملاءة النظيفة على هيئة أسطوانة بالطول . وتوضع على السرير .

١٥ – يُحشَر طرفها المقابل للممرضة تحت المرتبة .

١٦ – يوضع عليها المشمع متر والملاءة القلع بنفس الطريقة ، ويحشران أيضاً مقابل الممرضة تحت مرتبة السرير .

١٧ – إذا كان المريض يحتاج إلى نظافة ردفيه وظهره ، فيمكن تنظيفها وعمل تدليك ظهري له قبل وضع الملاءات النظيفة .

١٨ – يُعاد تدوير المريض بعد ذلك . إلى جانبه الأول . فوق الملاءات النظيفة .

١٩ – تتجه الممرضة إلى الجانب الثاني من السرير – إذا كانت تقوم وحدها بتغيير فرش السرير .

٢٠ – تسحب الملاءات المستعملة . وتلقيها في سلة الغسيل .

٢١ – تشد الملاءة نحوها وكذلك المشمع متر والملاءة القلع النظيفة ، وتحشرها تحت المرتبة من أعلى ومن أسفل ومن الجانبين .

٢٢ – يُعاد المريض إلى وضعه الظهري .

٢٣ – توضع فوقه الملاءة الثانية النظيفة مع سحب الملاءة القذرة من تحتها بلطف .

٢٤ – تُوضع البطانية فوق الملاءة العليا .

٢٥ – تُحشر كل منهما على حدة .

٢٦ – يوضع المفرش مع ملاحظة تسوية أركان الجميع .

٢٧ – يجب عمل عدد ٢ كسرة وسطى صغيرة عمودية في :

أ – الملاءة العليا .

ب – البطانية .



ميكانيكية جسم الممرضة وهي تقوم بفرش السرير

Have a wide Base of support and rock back so that the weight of the Body Helps produce the Force Needed.

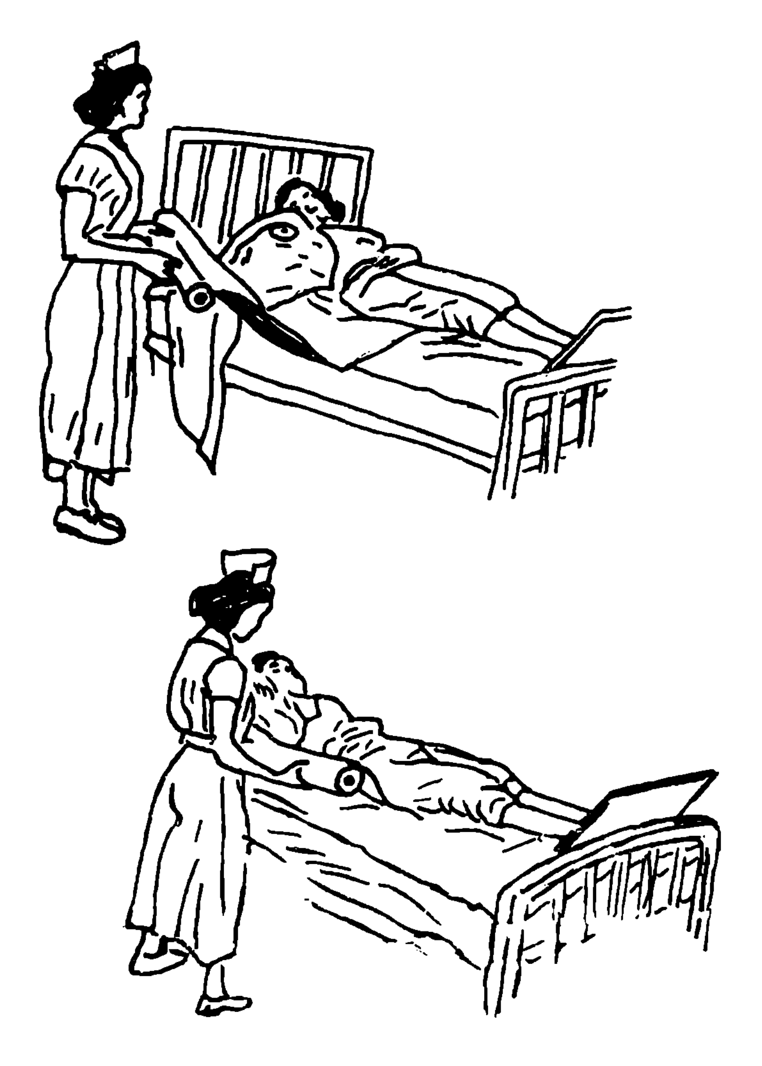
عند الأقدام بعرض ٢ بوصة تقريباً. على جانبي الخط الأوسط من أسفل السرير لراحة أصابع القدمين .

٢٨ – يُثنى الطرف العلوي للملاءة العليا على البطانية والمفرش قرب صدر المريض .

٢٩ – تُغيّر أكياس الوسائد .

٣٠ – ترفع جميع الأدوات وتعاد إلى أماكنها الأصلية . وتُترك الغرفة نظيفة .

٣١ – يراعى في كل هذه الخطوات . شدة حرص الممرضة على اتباع الطريقة السليمة لميكانيكية الجسم أثناء تغييرها فرش السرير .



وضع ملاءة ملفوفة تحت المريض عند أعلى جزء من الفخذ لسهولة قلب المريض على الجهة الأخرى

Trochantre roll for outward placing Rotation of the Hip

(سادساً) – غسل وجه وأيدي المريض

تغسل عادة أسنان المريض ووجهه يومياً قبل الإفطار ، كما يمكن عمل ذلك أيضاً قبل العشاء ، وفي أي وقت آخر . حسب الحاجة لراحة المريض ، كما تُغسَل أيضاً أيدي المريض عقب كل مرة يستعمل فيها القصرية .

الأشياء اللازمة :

تلزم الأشياء الآتية وهي :

أ – فوطة صغيرة .

ب – منشفة .

ج – صابون .

د – طبق به ماء بارد أو دافىء حسب الطّقس .

هـ – فرشاة ومعجون أسنان .

و – كوب به ماء أو مضمضة .

ز – حوض كلوي .

الطريقـــة :

١ – يُعرَّف المريض بما سيعمل له .

٢ – توضع الأشياء على عربة أو طاولة السرير .

٣ – تُفرد المنشفة تحت ذقن المريض ، وتُغسل أسنانه .

٤ – تُبلّل الفوطة الصغيرة ، وتُلَف حول الأصابع حتى لا تنقط على وجه المريض .

٥ – تُمسَح العينان من ناحية الأنف إلى الخارج ، بالماء فقط دون صابون .

٦ – يُوضع صابون على الفوطة الصغيرة ، وتُغسَل الجبهة والأنف والوجنتان وحول الفم .

٧ – يُمسَح الصابون ويُجفَّف الوجه بالمنشفة .

(سابعاً) – العناية بالفم :

أثناء المرض ، قد يجد المريض صعوبة في مواصلة عنايته بنفسه بالقيام بعاداته الصحية الشخصية يومياً ، إذ ربما يكون ضعيفاً مُتعباً بحيث لا يمكنه غسيل أسنانه ، ولذلك فإنها مسئولية الممرضة أن تساعده في ذلك ، كما تُوجهه في الوقت نفسه لأهمية غسيل الأسنان بالفرشاة لمنع التّسوُّس ، وذلك لأن فضلات الأطعمة تتفاعل مع الميكروبات الطبيعية في الفم ، وتكوِّن الأحماض التي تسبِّب تسوس الأسنان ، كما أن في داخل الفم توجد الأسنان واللسان ، اللذان يلعبان دوراً هاماً في طحن الطعام ومضغه ومزجه ببعضه بواسطة اللُّعاب ، كما أن الفم هو أول جزء في الجهاز التنفسي – هذا والأسنان التّالفة وحالة الفم المعتَلة ، تُؤثر في الشهية للطعام ، وتُسبِّب الرائحة الكريهة التي تكون مُزعجة جداً لبعض الناس خاصة ذوي الحساسية الشديدة .

(أولاً) – الهدف من غسيل الفم :

هو مداومة بقاء الفم والأسنان واللِّسان واللّثة نظيفة وفي حالة جيدة .

(ثانياً) – الأدوات اللازمة :

أ – فرشاة أسنان

ب – معجون أسنان ، زجاجة أملاح وبيكربونات صودا أو خليط منهما .

ج – فوطة وجه .

د – حوض كلوي .

هـ – كوب به محلول غسيل الفم .

ز – كوب به ماء نظيف .

ح – كيس ورقي .

(ثالثاً) – للمريض في حالة فقدان الوعي أو الحميات الشديدة :

أ – يُحضّر ما يأتي :

١ – قِطع قماش .
٢ – جفنة بها قطع قطن أو شاش .
٣ – مناشف .
٤ – خافض لسان .
٥ – مزيج من ١ جلسرين : ٢ عصير ليمون .
٦ – كريم أو زيت زيتون .
٧ – عدد ٢ جفنة صغيرة بها جفت شرياني وجفت تشريح .
٨ – اوكسيجين ، بيكربونات صودا – إذا وجدت تقرُّحات بالفم .

ب – الطريقة :

١ – توضع الأدوات بجوار المريض في مكان مُناسب وفي مُتناول اليد – إذا كان المريض لا يمكنه الجلوس .

٢ – توضع فوطة الوجه ، حول رقبة المريض ، وعلى الوسادة ، وتُدار رأس المريض إلى الجانب وبجانبها الحوض قريباً من الذّقن .

٣ – تُبلّل فرشاة الأسنان ، ويوضع عليها المعجون ، وتُعطى للمريض لتنظيف أسنانه ، مع توجيهه أن يستعملها من أعلى إلى أسفل للأسنان العُلوية ، ومن أسفل إلى أعلى للأسنان السفلية ، ويشجع المريض على القيام بهذه العملية .

٤ – يُعطى المريض قليل من الماء للمضمضة بعد رفع رأسه ، ثم يبصق الماء في الحوض الكلوي – وتُكرَّر هذه العملية حتى يتم تنظيف الفم – ثم يُجففَّ الوجه .

٥ – لراحة المريض ، تُرفَع الأدوات من مكانها ومن السرير ، ثم تُغسَل وتُعقّم وتُعاد إلى مكانها الأصلي لحفظها .

العناية بالفم للمرضى الذين في حالة فُقدان الوعي :

في هذه الحالات ، تكون رائحة الفم كريهة ، وبه مخاط لزج – ولذلك

يحتاج لعناية خاصة ــ ويُتّبع ما يأتي : ــ

١ ــ تُغسل اليدين جيداً .

٢ ــ يُوضع ضاغط لسان لحفظ الفم مفتوحاً . لا تستعمل الأصابع .

٣ ــ تُلف قطعة شاش أو قطن على الجفت الشرياني ، وتُبلّل بالمحلول ، ويُنظَّف فم المريض من الداخل وكذلك أسنانه ولسانه ولثته وسقف الحلق .

ثم يلقى الشاش أو القطن القذر في الكيس الورقي . وإذا كان المخاط الذي في الفم سميكاً ، فيخطر الطبيب بذلك ، ليوصي بمزيج الهيدروجين والبوراكس Hydrogen & Borax ، الذي يوضع على نصف كوب ماء للتنظيف الجيد .

٤ ــ من المهم جداً نظافة الفم جيداً ، لأن تراكم الفضلات بين الأسنان تُسبّب عفونة الفم ، وتكوين طبقة لزجة بنية اللون قد تؤدي إلى تقرحات بالفم ثم إلى انتشار الإلتهابات إلى داخل الجسم وخاصة الشعَب الهوائية والرئتين ، كما يراعى أثناء غسيل الفم أن يكون المريض على جانبه على الوسادة وأن لا يدفع الماء في حلقه بكمية كبيرة حتى لا يتسرب للحنجرة ويسبب الاختناق .

٥ ــ يؤخذ قليل من الفازلين بواسطة خافِض لسان على قطعة شاش ، وتدهن الشفتان الجافتان .

٦ ــ يُلاحظ عدم تنظيف فم الطفل بالجفت ، ويمكن لف القطن على الأصبع الصغير للممرضة ، إذ أن الجفت مع حركة فم الطفل قد يتسبب في إصابة الفم .

٧ ــ تنظَّف الأدوات وتُوضَع في مكانها .

(رابعاً) العناية بالأسنان الصناعية :

أ ــ الأدوات اللازمة هي :

١ ــ منشفة للفم .

٢ — فرشاة أسنان .

٣ — صحن به ماء .

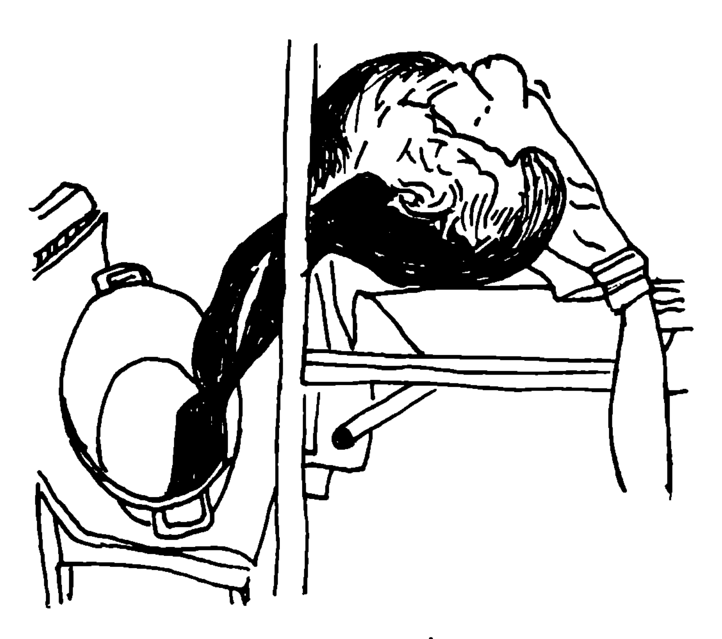
٤ — كوب للأسنان .

٥ — كوب به مزيج لغسيل الأسنان .

ب — طريقة الاستعمال :

١ — يُخرج المريض أسنانه الصناعية — أو ساعديه على إخراجها من فمه بلطف بمنشفة الفم .

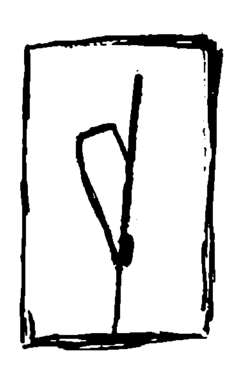
٢ — توضع الأسنان في كوب الأسنان ثم تؤخذ للحمّام لغسلها جيداً بالفرشاة ودواء الأسنان بالماء البارد ، لأن الماء الساخن قد يتسبّب في كسرها أو إفسادها .



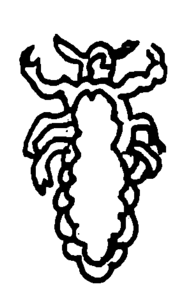
طريقة غسيل رأس مريضة تعبانة بالسرير

The bed shampoo. Note the position of the patient and protection of the bed.

٣ – تُوضع الأسنان بعد الغسيل في كوب ماء نظيف . ثم تُعاد للمريض .
٤ – يُساعد المريض في المضمضة ثم في تركيب أسنانه الصناعية .
٥ – يجب سحب الأسنان الصناعية من فم المريض . إذا كان في حالة إغماء – حرصاً على سلامته .



الصئبان
Empty eeg of pediculus capitis



القمل
Head louse pediculus capitis.

(ثامناً) – غسيل الرأس

من مسئوليات الممرضة . تمشيط وترتيب شعر المريضة يومياً ، وإذا كانت المريضة عاجزة عن تمشيط شعرها بنفسها ، فعلى الممرضة أن تقوم بذلك بنفسها صباح كلّ يوم .

وقد يحتاج شعر المريضة للغسيل . وفي هذه الحالة إما أن :

أ – يُغسَل شعر المريضة أثناء استحمامها .

ب – يغسل شعرها بالفراش .

(غسيل رأس المريضة بالفراش)

الهــدف :

١ – تنظيف شعر وفروة رأس المريضة .
٢ – تنشيط الدورة الدموية لفروة الرأس .

٣ — لراحة المريضة ، وبقاء شعرها في حالة جيدة طوال فترة المرض .

الأدوات اللازمة :

يلزم إعداد الأدوات الآتية :

١ — دروتان

٢ — ترولي عليه من أعلى :

أ — عدد ٢ طبق غسيل .

ب — ترمومتر مائي لقياس درجة حرارة الماء .

ج — إناء مُدرَّج سعة كيلو جرام لصب الماء (مكيال) .

د — صابون .

هـ — مشط .

ويوجد أسفل الترولي ما يأتي :

١ — جردل .

٢ — حرملة مشمع للتسريح .

٣ — عدد ١ مشمع مترين .

٤ — بطانية حمام .

٥ — فوطة تسريح .

٦ — عدد ١ بشكير .

٧ — عدد ١ فوطة وجه .

٨ — كيس مخدة مشمع ، إذا لم يوجد مشمع صغير .

٩ — عدد ٢ دورق للماء الساخن والبارد .

طريقة عمل غسيل الرأس بالسرير

الخطوة المقترحة	النقاط الهامة
١ – يقرأ ملف المريضة .	للاحظة أي توصيات كتابية من الطبيب .
٢ – تُغسَل اليدان .	
٣ – تُحضَر الأدوات ، وتؤخذ لغرفة المريض – ثم تُوضَع على الجانب الأيمن للسرير .	
٤ – تُعرَّف المريضة بما سيُعمل لها .	لكسب ثقتها ومعاونتها أثناء غسيل الرأس .
٥ – تُفرَد الدروتان حول السرير	
٦ – يؤخذ النبض والتنفس ، قبل وبعد عمل غسيل الرأس .	يجب أن تكون الغرفة دافئة ولا توجد تيارات هوائية .
٧ – يُرفَع فرش السرير ، ويوضع على الكرسي – ثم توضع بطانية الحمام أو ملاءة حسب الطقس .	
٨ – يوضع الماء الدافىء في الطبق ، وتقاس درجة حرارته بالترمومتر المائي ، ويحسن أن تكون درجة الحرارة (٤٥° س) .	
٩ – تُحرَّك المريضة إلى حافة السرير .	
١٠ – ترفع الوسائد .	لحمايتها من البَلَل .
١١ – ترقد المريضة بحيث يكون	لحماية ملابس المريضة من البلل .

الخطوة المقترحة	النقاط الهامة
رأسها على حافة السرير ، وتوضع تحت كتفيها وسادة عليها مشمع صغير ثم تُلبَس الحرملة المشمع ، ويلف البشكير حول رقبتها .	
١٢ – يوضع المشمع تحت رأس المريضة ، بعد أن يُلَف جانباه ، وبحيث يكون طرفه السفلي مُتدلٍّ في الجردل .	
١٣ – يُمشّط شعر المريضة .	يلاحظ أي شيء غير طبيعي في الشعر أو فروة الرأس .
١٤ – يطلب من المريضة قفل عينيها، ثم يسكب الماء بالمكيال على شعرها من أعلى إلى أسفل – مع استعمال اليد في حماية عينيها وأذنيها .	يلاحظ أن يكون الماء فاتراً .
١٥ – يُغسَل الشعر جيداً ، مع تحريك رأس المريضة لغسل كل أجزاء الرأس .	فوطة الوجه تكون في متناول اليد ، لتجفيف الجبهة ، وحماية العينين إذا لزم الأمر .
١٦ – يُعمَل تدليك لفروة الرأس ، بحركة دائرية بطرف الأصابع .	تُدعَك فروة الرأس جيداً ، مع عدم استعمال الأظافر .
١٧ – يُشطف الشعر بالماء .	
١٨ – يُعاد غسيل الرأس مرتان	

الخطوة المقترحة	النقاط الهامة
أو ثلاثة حسب حاجة الشعر . ١٩ – تُجفّف الجبهة والأذنان بمنشفة الوجه ، ويُعصَر الشعر من المـاء .	
٢٠ – يؤخذ البشكير من حول رقبة المريضة ويلف حول شعرها .	ترتدي المريضة الحرملة المشمع لحماية ملابسها .
٢١ – توضع رأس المريضة على الوسادة ذات المشمع الصغير . ٢٢ – يوضع المشمع الكبـير في الجردل . ٢٣ – يجفـف شعر المريضة جيداً بالمنشفة . ٢٤ – تُرفَع بطانيةالحمّام ، ويرتب فرش السرير . ٢٥ – يُمشَّط الشعر ويرتب . ٢٦ – تُرفَع الحرملة منحول رقبة المريضة ، وتترك الفوطة حتى يجف شعر المريضة تماماً . ٢٧ – تؤخـذ الأدوات على الترولي ، وتنظّف ثم تُعاد إلى أماكنهـا . ٢٨ – تُسجّل في تـذكرة المريضة :	

النقاط الهامة	الخطوة المقترحة
	أ – وقت إجراء غسيل الرأس . ب – رد الفعل عند المريضة . ج – وجود أي شيء غير عادي في شعر المريضة أو فروة رأسها .

تنظيف الشعر المصاب بالقمل أو الصئبان .

في بعض الأحيان ، يكون شعر المريضة الجديدة مصاباً بالقمل أو الصئبان، ويكون في هذه الحالة على الممرضة أن تبذل كل جهدها للتخلص منهما في أسرع وقت – حتى لا تنتقل الإصابة إلى غيرها من المرضى .

الأدوات اللازمة :

١ – دروتان .

٢ – عربة ترولي عليها ما يأتي :

أ – ورق زيتي .

ب – حوض كلوي .

ج – مشمع متر .

د – فوطة تسريح .

ه – جفنة لوضع محلول ال د.د.ت – عند لزوم استعماله .

ز – مرهم راسب أبيض ، أو محلول د.د.ت ٢٪ .

ح – خافض لسان .

ط – قطعة قماش .

ي – منديل مثلث من القماش .

ك – مشط طويل وآخر مربع في حوض كلوي .

ل – حصار قماش عرض ٢ سم .

م – كحول وقطن لتنظيف المشط .

الطريقـــة :

١ – تُعرّف المريض بالإجراءات الّتي ستتبع .

٢ – توضع دروتان حول السرير .

٣ – يفرد مشمع متر تحت رأس المريضة .

٤ – تلف فوطة التسريح حول رقبتها .

٥ – يُفك شعرها ، ويدلك بمحلول الـ د.د.ت ٢٪ أو بمقدار من المرهم الراسب الأبيض .

وإذا استعمل محلول الـ د.د.ت – يُدهَن جلد الرأس حول منابت الشعر من الجبهة وخلف الأذنين وخلف الرقبة – بمرهم راسب أبيض أو فازلين ، حتّى لا يلتهب الجلد ، إذا كان جلد المريضة حساساً .

٦ – يوضع الحصار القماش حول الرأس ليمنع نزول القمل ، ولكي لا يتسرب الدهان فينزل على وجه المريضة .

٧ – يلف الشعر وسط الرأس ، ويغطى بالورق الزيتّي .

٨ – تُربَط الرأس بالمنديل المثلث بحيث تكون عقدته من الأمام ، ويشبك الطرفان من الخلف بدبوس مشبك .

٩ – يُترَك الشعر مدة ٦ ساعات .

١٠ – يُغسَل الشعر كما سبق ، ويلاحظ وجود القمل أو الصئبان أو عدمه .

١١ ــ يُمشّط الشعر .

١٢ ــ يُنظّف المشط بالقطن والكحول .

١٣ ــ إذا وجد قمل بعد ذلك ، تُكرَّر العملية في اليوم الثاني .

١٤ ــ إذا وَجِد صئبان يستعمل الخل الدافىء مع التمشيط .

(تاسعاً) ــ استحمام المريض في الحمّام

الأهــداف :

أهدافه هي :

مساعدة المريض على تجنب أي حادث يحدث له أثناء الاستحمام ، وذلك حفاظاً على سلامته .

الأدوات اللازمة :

يلزم إعداد ما يأتي : ــ

١ ــ غطاء نايلون للرأس .

٢ ــ حصيرة لحوض الاستحمام (البانيو) .

٣ ــ قطعة قماش لدعك الجسم .

٤ ــ منشفة للوجه (فوطة) .

٥ ــ منشفة للحمام .

٦ ــ صابون .

٧ ــ دهان للجسم .

٨ ــ كرسي للحمّام .

٩ ــ غيار ملابس .

١٠ ــ شبشب حمّام .

الطريقــة :

١ – توضع حصيرة أو مناشف حمّام ، على أرض الحمّام أو حوض الاستحمام – منعاً للتزحلق .

٢ – يُغطّى شعر (المريضة) بطاقية نايلون .

٣ – يوضع كرسي الحمّام تحت الدوش – ويُنصَح المريض بعدم الوقوف على ساق واحدة لغسيل رجليه – حتّى لا يسقط ، كما يحدث كثيراً في مثل هذه الأحوال .

٤ – تُنظّم حرارة ماء الحمام قبل دخول المريض .

٥ – تبقى الممرضة مع المريض لمساعدته – إذا كان ضعيفاً .

٦ – يُنظّف الحمام وتُرفع الأدوات – ويُعَدّ لمريض آخر .

٧ – يمكن عمل حمام للمريض على الكرسي أو النّقالة – إذا لزم الأمر .

(عاشراً) – تدليك الظّهر

١ – يُعمَل تدليك الظهر باستمرار . عقب كل حمّام ، أو النظافة الصباحية أو المسائية .

٢ – ويعمل في حالة تغيير وضع المريض المشلول .

٣ – ويعمل في حالة المرضى المُتعبين .

٤ – ويعمل بعد استعمال القصرية للمرضى الممنوعين من الحركة .

الأهــداف :

١ – تدليك الظهر لتنشيط الدورة الدموية .

٢ – لمنع تقرّحات الفراش .

٣ – تنشيط المريض والعمل على راحته .

الأدوات اللازمة :

١ – طبق به ماء درجة حرارته (١٠٥° – ١١٥° ف) .
٢ – فوطة حمام .
٣ – قطعة قماش لدعك الجسم .
٤ – صابون
٥ – دهان للجسم (Lotion)
٦ – دِروَتان .

الطريقـــة :

تتبع الخطوات التالية :

١ – تُفرَد الدروات .
٢ – تُقفَل النوافذ .
٣ – إذا كانت اليدان باردتان ، تدفآن في الماء الدافىء .
٤ – يُقلَب المريض على جانبه في وضع (سِيمز) – ثم توضع فوطة الحمام تحت المريض لحماية الفراش .
٥ – يُغسَل ظهر المريض من رقبته إلى المنطقة القطنية أولا . ثم يُغسَل الردفان جيداً – وتشطف وتجفَّف مع الضغط الطويل الخفيف .
٦ – يصب الدهان (Lotion) في راحة اليد ، وتُدعَك اليدان معاً ثم يُدهن ظهر المريض .

فيبدأ التدليك بمنطقة الفقرات العنقية من أعلى . وبضغط طويل صلب خفيف على العمود الفقري بجوار العنق والكتفين وإلى أسفل عدة مرات ، بدون تدليك دائري .

٧ – يستعمل التدليك الدائري ، بجانبي العمود الفقري .

٨ – لا ترفع الممرضة يديها من على ظهر المريض ، وتجعل أصابعها متجاورة وتعتني بالبروزات العظمية .

يُكرَّر الضغط الناعم الطويل حتى يُترك المريض مرتاحاً ، مع الحرص على عدم استعمال الدهان بكمية كبيرة ، حتى لا يسيل على جانبي المريض أو ردفيه .

٩ – بعد تَشرب الجسم للدهان – يوضع قليل من البودرة في اليدين ، ثم يُعمَل التدليك مع الضغط الخفيف الطويل ، ويراعى عدم استعمال كمية كبيرة من بودرة التلك على الدهان ، حتى لا يتسبب عن ذلك التهاب في الجلد .

١٠ – تعاد ملابس المريض لحالتها الطبيعية .

١١ – ينظم سريره بشد الملاءات والمفرش .

١٢ – يترك المريض مرتاحاً .

(أحد عشر) – حمّام المريض في الفراش BED BATH

(أولاً) – الغرض من الحمّام :

١ – نظافة المريض .

٢ – لإراحة المريض .

٣ – لملاحظة حالة المريض بدنياً وعقلياً .

٤ – تنشيط الدورة الدموية والعضلات .

(ثانياً) – الأدوات اللازمة :

أ – يُعد ترولّي عليه من أعلى ما يأتي : –

١ – أدوات تنظيف الفم – وهي :

أ — مضمضة

ب — فرشاة أسنان .

ج — معجون أسنان .

٢ — صابونة في علبتها .

٣ — ترمومتر مائي لقياس درجة حرارة الماء التي يجب أن تكون من ١٠٥ إلى ١١٥ فهرنهيت .

٤ — ملابس غيار للمريض .

عدد ٢ طبق غسيل .

٥ — بودرة تلك (Talcum) لتدليك الظهر .

٦ — مقص أظافر في حوض كلوي .

٧ — جفنة بها قطن وكحول .

٨ — فرشاة للشعر ومشط .

٩ — عدد ٢ فوطة صغيرة .

١٠ — أي زيت — إذا كان الجلد جافاً .

ب — أسفل الترولي يوضع عليه :

١ — عدد ٢ إبريق — للماء الساخن والبارد .

٢ — عدد ١ جردل .

٣ — عدد ٢ بشكير للحمام للتجفيف .

٤ — أدوات تغيير الفراش .

٥ — حوض كلوي كبير لاستعماله في غسيل الفم .

ج — كرسي لوضع فرش السرير عليه عند رفعه .

د — سلة غسيل .

هـ — مشمع مترين وبطانية .

و – مشمع متر .
ز – دروتان .
ح – قصرية بغطاء .

طريقة عمل الحمام بالفراش

الطريقــة	بعض النقاط الهامة
١ – تُحضّر كل الأدوات اللازمة بجوار السرير .	حرارة الغرفة يجب أن تكون في درجة ٧٥° إلى ٨٥° فهرنهيت أعلى من المعدل وبعيدة عن التيارات الهوائية .
٢ – توضع دروات حول السرير .	
٣ – تُغلق الأبواب والنوافذ .	
٤ – تُقدَّم القَصرية – إذا احتاج الأمر .	
٥ – يُشرَح للمريض ما سيُعمل له وفق حالته الصحية .	
٦ – تُغسَل الأيدي .	تذكري دائماً ميكانيكية الجسم.
٧ – تُقص أظافر الأيدي والقدمين وتُنظّف بالكحول .	
٨ – يُنزَع الفرش الأعلى للسرير ، ما عدا ملاءة أو بطانية مع بطانية الحمّام ويوضع على الكرسي .	إذا لم تتوفّر بطانية الحمام ، تُستعمل مِلاءة عادية أو بطانية .
٩ – يُنظف الفم بالفرشاة والمعجون ، ثم يُشطَف بالمضمضة–	إذا كان يمكن للمريض غسل فمه بنفسه ، فساعديه على ذلك .

الطريقة	بعض النقاط الهامة
إذا وُجدت أسنان صناعية ، تُخلَع وتُنظّف .	إذا كان يستعمل نظارات فترفع وتوضع في الدرج بحيث يكون زجاجها إلى أعلى والبرواز أسفل .
١٠ – تُرفَع الوسائد ، مع ترك المريض في وضع مناسب على وسادة أو أكثر .	إذا كان مريضاً بالقلب أو الرئتين . فتوضع الوسائد طبقاً لحالته وراحته .
١١ – يُحرَّك المريض إلى جانب السرير القريب من الممرضة .	
١٢ – تُخلَع ملابس المريض، وتوضَع في سلة الغسيل .	
١٣ – توضع فوطة تحت ذقن المريض ، ويُغسل وجهه وأذنيه وعنقه – ثم تُجفّف جيداً .	يسأل المريض إذا كان يريد غسل وجهه بالصابون أم لا .
١٤ – تُغيّر الفوط الصغيرة .. ويوضع بشكير تحت الذراع البعيد.. يُغسل جسم المريض جيداً ثم يُشطف ويُجفّف ويراعى عدم ترك أي جزء من جسم المريض بدون غطاء .	تُعطى عناية خاصة بتحت الإبطين ... وتذكري دائماً تغطية المكان المُبلَل بالبشكير أثناء شطفك بفوطة صغيرة – لحماية المريض من البرد .
١٥ – يوضع البشكير على الصدر . ويغسل ويشطف ثم يجفف	تُعطى عناية خاصة للمنطقة تحت الثديين للمريضات – كما

الطريقــة	بعض النقاط الهامة
جيداً .	يلاحظ وجود أي التهابات تحت الثديين .
١٦ – يُغسل الذراع القريب كما سبق وكذلك	تُعطى عناية خاصة لمنطقةالسرة .
١٧ – تُغسل منطقــة البطـن وتُشطف ثم اليدين تُجفف جيداً .	
١٨ – يدار المريض على جنبه. يُفرش البشكير على السرير .. يُغسل الظهر ويشطف ويُجفّف ، ثم يُدلّك بالبودرة – مع إعطاء اهتمام خاص لمنطقة العُصعُص وأي بروز عظمي .	– حافظي على السرير مـن البلل . – تُغيّر المياه كلما اتّسخت أو بردت . – يُلاحظ وجود أي احمرار بالجلد أو أي علامة لوجود قروح فراش .
١٩ – يُدار المريض على جنبه الآخر ، ليمكن تدليكه جيـــداً بالبودرة .	
٢٠ – تُغسَل الأرجل مـع ملاحظة الابتداء بالرجل البعيدة – ثم تشطف وتجفّف جيداً .	– تُعطى عناية خاصة لما بين أصابع القدمين في الغسيل والتجفيف الجيد .
٢١ – يُوضَع البشكير تحت القدمين . ويوضع حوض الغسيل عليها . وتُغمس القدمين فيها قدم بعد أخرى وتُغسل وتجفف جيداً .	– إذا كان جلد القدمين جافاً – فيوضع عليه بعض الزيت أو أي مادة دهنية .

الطريقــة	بعض النقاط الهامة
٢٢ – تُغيّر المياه . يوضع البشكير تحت فخذي المــريض ويُغسَل ما بين الفخذين – إذا لم يستطع هو فعل ذلك بنفسه .	
٢٣ – يُلبَس المريض ملابسه النظيفة .	
٢٤ – يُفرش السرير كمـا عرفنا من (درس فرش سرير به مريض) .	تُغيّر المِلاءات فقط ، إذا احتاج الأمر .
٢٥ – يُفرش بشكير عـلى الوسادة ، ويمشط شعر المريض – إذا لم يستطع ذلك بنفسه .	
٢٦ – تُفتح النوافِذ – ويُترك المريض ليستريح .	
٢٧ – تعـاد الأدوات إلى أماكنها بعد تنظيفها وتجفيفها .	
٢٨ – تُدوَّن وتُبلّــغ أي ملاحظات عن المريض أثناء عمل الحمام له .	

رعاية المريض بالفراش

(أولاً) – استعمال القصرية في الفراش

ليس من السهل على المريض أن يستعمل القصرية ، إذ أنه يشعر بالخجل والحرج من استعمالها – ولذلك عند إعطائه القصرية يجب ملاحظة ما يلي :

١ – يجب أن يشعر المريض أنه على انفراد أو في عزلة عند استعماله للقصرية .

أ – إذا كان في غرفة فردية ، يعطى القصرية ويترك .

ب – إذا كان في غرفة بها مرضى آخرين ، توضع دروتان حول السرير .

٢ – يجب أن يشعر المريض بأنه مرتاح على القصرية .

٣ – يجب أن يشعر بالاطمئنان على أن الفراش لن يتلوَّث .

ويلاحظ عند إعطاء القصرية للمريض ما يأتي :

١ – تكون القصرية مغطاة عند إعطائها للمريض .

٢ – تدفأ القصرية قبل إعطائها للمريض ، إذا كان الطقس بارداً .

٣ – يجب أن تكون القصرية جافة وغير مُبلّلة .

٤ – إذا كان المريض نحيفاً جداً – توضع قطعة من القطن على حافة القصرية التي ستكون تحت عموده الفقري .

٥ – تُغطى القصرية بعد رفعها من المريض .

الأدوات اللازمة :

يجب إعداد الأدوات الآتية :

١ – دروتان .
٢ – ورق تواليت .
٣ – جفنة بها قطن .
٤ – حوض كلوي .
٥ – مكيال به ماء دافىء للغسيل .
٦ – طبق به ماء .
٧ – صابون .
٨ – منشفة للأيدي .
٩ – القصرية وعليها الغطاء الخاص .
١٠ – مشمع متر (قد يلزم استعماله لحماية الفراش) .

ويلاحظ ضرورة غسيل وتدليك الظهر عقب استعمال القصرية كل مرة .

الطريقـــة :

١ – تُفرد الدروتان .
٢ – يرفع رداء المريض إلى أعلى .
٣ – إذا كان المريض في حالة تسمح له بمساعدة نفسه فيطلب منه :
 أ – ثني الركبتين .
 ب – الضغط على الكعبين لرفع الاليتين .
٤ – تساعد الممرضة المريض ، بوضع يدها اليسرى تحت نهاية الظهر ، وتضع القصرية بيدها اليمنى .
٥ – يفرش المشمع إذا لزم الأمر .
٦ – يُترك المريض بعض الوقت لقضاء حاجته – مع ملاحظة أن يكون الجرس وورق التواليت في متناول يده لاستعمالها عند الحاجة .

٧ – بعد الإنتهاء من استعمال القصرية ، ينظّف المريض نفسه ، أو تقوم المرضة بعملية التنظيف إذا تعذر عليه ذلك . وذلك بتدويره على جانبه وتنظيف الشرج بورق التواليت ، ثم يوضع على ظهره ثانية ، ويعمل له غسيل لمنطقة العجان بالماء الساخن والصابون – ثم تجفف جيداً بالقطن .

٨ – ترفع القصرية بنفس الطريقة التي وُضِعت بها .

٩ – إذا استطاع المريض تنظيف نفسه ، فيترك ليتم ذلك .

١٠ – ترفع القصرية والمشمع .

١١ – يُعمل غسيل ظهر إذا لزم الأمر .

١٢ – يُعطى للمريض الماء والصابون لغسل يديه .

١٣ – يترك المريض ليرتاح .

١٤ – تؤخذ الأشياء إلى غرفة القصريات .

أ – يلاحظ ما بها من براز .

ب – تنظف بغسلها بالفرشاة أو وضعها في الجهاز الخاص بغسل القصريات .

جـ – إذا تولت الممرضة غسلها فيتبع ما يأتي :

١ – تغسل بالماء البارد .

٢ – يعاد غسلها بالماء الساخن .

٣ – تُعرَّض مرة للبخار لتعقيمها .

ملاحظـــة :

(أولاً) إذا كان المريض متُعباً ولا يمكنه أن يرفع نفسه ، فيجب أن تشترك ممرضتان معاً في العمل :

الأولى : ترفع المريض .

والثانية : تضع القصرية أسفله .

(ثانياً) إعطاء القصرية للمريض – هو من اختصاص الممرضة ، وليس من اختصاص الفراشين – وذلك لأسباب كثيرة وهي :

١ – عدم معرفة الفراش كيفية وضع القصرية بطريقة صحيحة .

٢ – قد يتسبب سوء وضع القصرية في :

أ – احداث قرحة .

ب – تلوث الفراش .

٣ – شعور المريض بالحجل عند استعمال القصرية وهو في الفراش .
ويمكن للممرضة وحدها إقناعه بأن ما يعمله هو شيء طبيعي وأنها يسرها خدمته .

٤ – يجب في بعض الحالات ملاحظة بول وبراز المريض . أو أخذ عينات لارسالها للمختبر للفحص .
هذا العمل من اختصاص الممرضة – وكذلك التبليغ عن ملاحظتها أي ظاهرة غير طبيعية فيهما .

٥ – عند إعطاء الحقنة الشرجية ، يجب على الممرضة أن تعرف نتيجتها – ولا يتيسر ذلك إلا برؤيتها القصرية بنفسها .

٦ – تغسل الممرضة المريض بعد التبرز وتدلك له ظهره وتعمل على اراحته بعد رفع القصرية .

٧ – على الممرضة أن تقوم بتعقيم القصرية بعد الإستعمال ، وذلك لعلمها بقواعد التعقيم والتطهير . ولمعرفتها أيضاً بما يسببه عدم التعقيم من جعل القصرية مصدراً لنقل العدوى للآخرين – وبخاصة في حالة الأمراض المعدية .

(ثانياً) – قروح الفراش bed Sores

قروح الفراش . هي من أهم الأشياء التي يجب على الممرضة أن تمنع حدوثها ، بكل ما وسعها من جهد وحيلة .

إن حدوث قرحة الفراش لمرضى أي ممرضة . هو أمر مخجل جداً ومُعيب لها . وذلك لأنها إذا أتبعت العناية وطرق الوقاية الصحيحة ، يمكنها غالباً أن تمنع حدوثها . إلا في بعض الحالات الخاصة – وهي :

١ – الضعف الشديد للدورة الدموية .

٢ – وجود مرض في الأعصاب يُسبِّب القروح .

٣ – سوء التهوية .

وتحدث عادة قروح الفراش . نتيجة للرقاد فترة طويلة ، إذ يحدث الضغط على أجزاء مُعيّنة من الجسم فيحدث فيها ما يأتي : –

أ – إحمرار الجلد في هذه الأجزاء .

ب – تسلخ الجلد فيها .

ج – تآكل الجلد المتسلِّخ وكذلك الأنسجة الموجودة أسفله . وبذلك تحدث قروح الفراش . التي قد تلتهب وتتسِع . ثم تتلوَّث بالميكروبات ، فيتكوَّن الصديد وتموت الأنسجة . ويصبح من الصعب في هذه الحالة علاجها وشفاءها .

الأعــراض :

أعراض قروح الفراش هي :

أ – إحمرار الجلد في الأماكن الملامسة للفراش .

ب – تسلخ الجلد .

ج – إلتهاب الأنسجة .

أسباب قرحة الفراش :

تنقسم أسباب قرحة الفراش إلى :

(أولاً) – أسباب عامة وهي :

المرضى الذين يبقون في الفراش مدة طويلة مثل :

١ – المرضى النِّحاف .

٢ – المرضى بالشّلل ، وغير قادرين على ضبط البول والبراز .

٣ – المرضى كبار السن (مصابين بالشيخوخة) .

٤ – المرضى بأمراض عقلية .

٥ – المصابون بأمراض نقص التغذية .

٦ – المرضى المصابون ببعض الأمراض العصبية .

٧ – المرضى بأمراض القلب .

٨ – المرضى بأمراض رئوية .

٩ – المصابين بأمراض كلوية .

وعلى العموم أي مريض يمكث في السرير مدة طويلة ، دون توفر عناية كافية وصحيحة به .

(ثانياً) : أسباب موضعية :

وهي تنقسم إلى ثلاثة أقسام :

١ – الضغط الناشيء من :

أ – وضع المريض في وضع واحد مدة طويلة .

ب – إذا كان الفراش صَلْباً .

ج – إذا وُجد بالفراش بروزات .

٢ – البلولة :

وهي تحدث في بعض حالات الشّلَل ، حيث لا يمكن للمريض أن يتحكّم في :

أ – التبوُّل .

ب – التبرز .

ج – أو وجود إفرازات مهبلية عند الإناث .

٣ – الإحتكاك :

ويحدث في بعض الحالات مثل :

أ – إذا كانت ملاءة السرير أو المشمع غير مفرودة جيداً تحت المريض .

ب – من إحتكاك الجلد بحافة القصرية .

ج – وجود فتات الخبز في الفراش .

د – إحتكاك الجلد بحافة الجبس أو الجبيرة في حالة الكسور .

أجزاء الجسم المُعرَّضة لقروح الفراش :

توجد هذه الأجزاء في الأماكن البارزة من الجسم التي تكون ملامسة للفِراش ، وهي الأماكن الآتية :

١ – خلف الرأس ، وبخاصة عند الأطفال .

٢ – فوق عظام اللوح وبخاصة في النِّحاف اذ تكون العظام بارزة .

٣ – فوق فقرات العمود الفقري ، وعظام العَجُز ، وبخاصة في النحاف لبروز عظامهم .

٤ – فوق المرفقين .

٥ – الكعبان .

٦ – فوق عظام الحرقفة ، إذا كان المريض ينام على جانبه .

٧ – فوق الركبتين من أعلى ، نتيجة ثقل الغطاء .

٨ – من جانبي الركبتين ، إذا كان المريض ينام على جانبه .

٩ – أي جزء من الجسم ، تكون فيه العظام قريبة من سطح الجلد .

الوقاية من قروح الفراش :

(أ) ــ تكون هذه الوقاية بواسطة « التدليك » في :

١ ــ يجب أن يُدلّك ظهر المريض وأجزاء جسمه المعرضة للضغط ، إذا كان لا يقوم من الفراش :

أ ــ مرتان يومياً .

ب ــ أو كل ٤ ساعات .

جـ ــ أو على حسب الحالة .

٢ ــ المرضى غير القادرين على ضبط البول والبراز ، هؤلاء قد يحتاجون إلى التدليك مرات كثيرة متوالية .

٣ ــ استعمال المراتب اللينة ، وخاصة المطاطية أو المنفوخة نسبياً بالهواء ، وذلك لتوزيع وزن الجسم على جميع سطحه على الفراش ، بدلاً من تركيز الضغط على موضع الإرتكاز .

٤ ــ العناية بالغذاء الجيد الغني بالفيتامينات ــ وهذا هو علاج حالات سوء التغذية إن وجدت .

٥ ــ استعمال الضوء الكهربائي والإشعاع الحراري ، للمواضع المهددة بقروح الفراش ، يزيد من دورتها الدموية .

الأشياء اللازمة لتدليك الظهر :

يلزم إعداد الأشياء الآتية :

١ ــ وعاء به ماء .

٢ ــ صابون .

٣ ــ قطعة من اللنت .

٤ ــ منشفة (فوطة) .

٥ ــ كحول .

٦ – بودرة تلك .

٧ – مرهم زنك – (في حالة تبول المريض دون إرادته) .

الطريقـــة :

١ – يُدوَّر المريض على جانبه .

٢ – يُغسل الظهر ، وجميع الأجزاء المعرضة لحدوث قرحة – باللنت والماء والصابون .

٣ – يُجففَّ الجزء المغسول تجفيفاً جيداً .

٤ – تُدلّك الأجزاء المغسولة بالكحول بواسطة كف اليد وليس بالأصابع فقط .

(الكحول مع التدليك يُنشِّط الدورة الدموية) .

٥ – يوضع قليل من البودرة ، ويدلك الجلد تدليكاً بسيطاً (لتجفيف الجلد) .

٦ – يوضع مرهم الزنك بدلاً من البودرة – إذا كان المريض غير قادر على ضبط البول والبراز – على الجلد في الأماكن المعرَّضة للبلل ، ثم يدلّك تدليكاً جيداً حتى يكون طبقة دهنية على الجلد ، ليمنع التصاق البول بالجلد .

٧ – يعاد المريض إلى وضع مريح بالفراش .

٨ – يُرتّب الفراش .

(ب) تخفيف الضغط :

١ – توضع عجلة الهواء تحت الأليتين .

٢ – توضع عجلات من القطن والشاش تحت الكعبين .

٣ – يُغيّر وضع المريض باستمرار – إذا كان ممكناً – فيدَّور من جانب إلى آخر ، كما يوضع على وجهه .

(جـ) – البلـــل :

يجب العناية بصفة خاصة بالمرضى الذين ليس لهم القدرة على ضبط البول والبراز – وذلك بإجراء ما يأتي :

١ – تـُغيـّر الملاءات المبللة أولاً بأول – حتى لا يـَبقى البلل تحتهم مدة طويلة .

٢ – يغسل الجلد غسلاً جيداً – في المواضع المعرضة للبلـَل – ثم يـُجففَّ .

٣ – يوضع مرهم الزنك أو أي مادة دهنية على الجلد – في الأماكن المعرضة للبلـَل .

(د) الاحتكاك :

يـُمنـَع الإحتكاك بإجراء ما يأتي :

١ – يوضع قطن على حافة القصرية – إذا كان المريض نحيلاً جداً .

٢ – يلاحظ أن يكون المشمع والملاءة الموضوعين تحت المريض . مفرودين دائماً ، وليس بهما أي تجاعيد .

٣ – يجب تنظيف الفراش بعد تناول الطعام . لازالة فتات الخبز منه .

علاج القروح ولها طرق مختلفة :

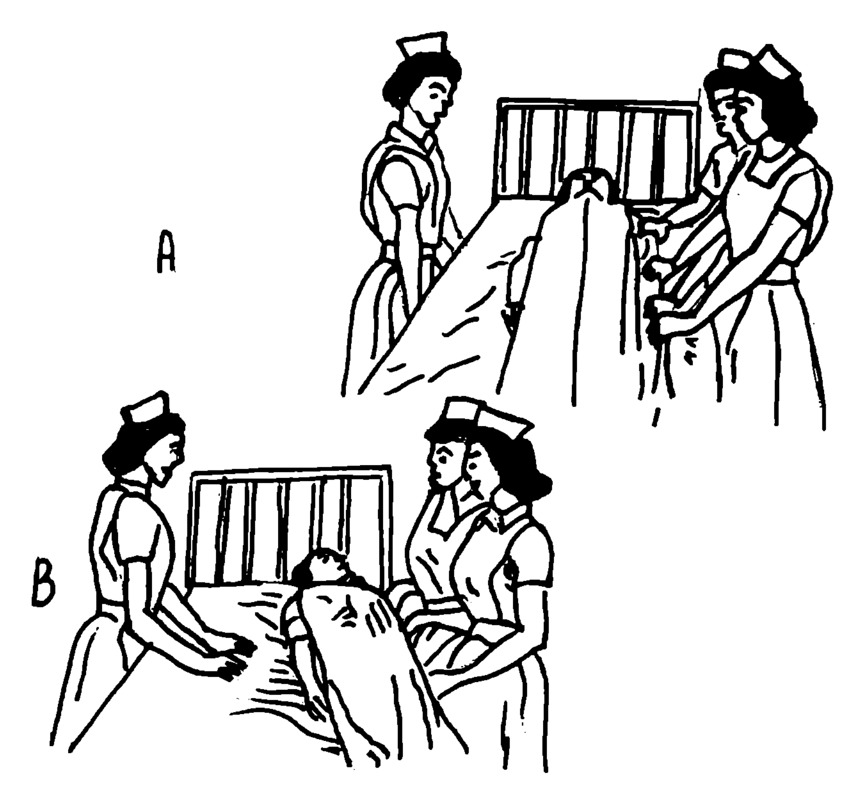
١ – إزالة الأنسجة العفنة وخياطة الجرح إن كان صغيراً .

٢ – أو وضع غيار بعد وضع مادة مطهرة عليه .

٣ – ويفضل آخرون ترك الجرح مكشوفاً مع وضع مادة مطهرة مثل اكريفلافين على ديتول أو الجليسرين مانيريا أو البرسول مع تكرار الغيار كل ساعتين .

(ثالثاً) – أوضاع المريض في الفراش وتحركاته

إن بقاء المريض في فراشه في وضع معين واحد . هو شيء لا يمكن تحقيقه ، كما أنه خطير في نتائجه . ولذلك إما أن يـُغيـِّر المريض وضعه بنفسه –



تغيير وضع المريض من جنب إلى آخر باستعمال الملاءة .

Use of a turning sheet in turning patients

إذا كان قادراً على ذلك – أو تقوم به الممرضة بين وقت وآخر ، إذا تعذَّر عليه تغيير وضعه .

تغيير وضع المريض :

يُغيَّر وضع المريض في الفراش لأسباب كثيرة :

١ – تخفيف ضغط الجسم على جزء مُعيَّن منه .

٢ – تنشيط الدورة الدموية .

٣ – لإعطائه علاجاً .

وعند تغيير وضع المريض . يجب مراعاة توصيات الطبيب وتنفيذها بكل دقة ، إذ أنه قد يوصي ببقاء المريض في وضع معين . أو يمنع المريض من التحرك من الوضع الذي حدّده .

ويجب أن لا يُسمَح للمريض بالجلوس في فراشه أو نزوله منه ، إلا إذا تأكّدت الممرضة أن توصيات الطبيب تسمح بذلك .

وعند تغيير وضع المريض يجب :

أ — الاهتمام بسلامته .

ب — تجنيبه أي ألم أو إصابة .

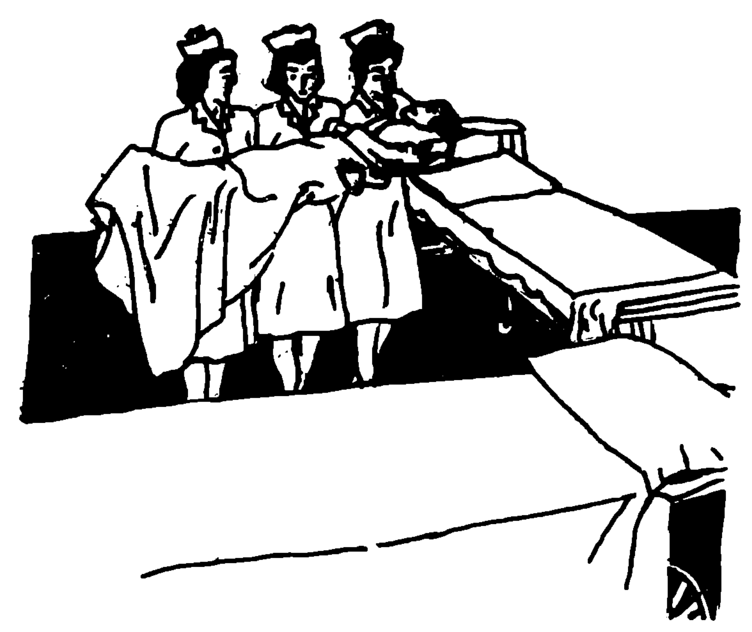
ويكون ذلك بالمعرفة الصحيحة بـ :

١ — كيفية تغيير الوضع .



رفع المريض لأعلى في السرير بمساعدة الممرضة

Lifting patient up in bed. Note position of nurse's arms and the flexion of patient's knees to give assistance by pushing with the feet.



حمل المريض بواسطة ثلاث ممرضات من السرير إلى النقالة
Lifting and carrying patient from Bed to Stretcher

٢ — وضع الممرضة نفسها عند قيامها بهذا العمل .

وذلك حتّى يمكنها أن تؤديه بالطريقة الصحيحة ، دون أن تُجهد نفسها أو من يساعدها — إذا اقتضى الأمر وجود مُساعدة — إذا إقتضى الأمر ذلك . كما في حالة :

أ — المرضى العاجزين عن الحركة .

ب — المرضى ذوي الوزن الثقيل .

على أن تراعي أن تكون تأديتها لهذا العمل ، لا تُسبّب أي إزعاج للمريض .

وتُعد الممرضة نفسها للقيام بهذا العمل باتخاذ الوضع التالي :

١ — تضع أحد قدميها إلى الأمام لحفظ توازن جسمها .

٢ — يكون ظهرها مستقيماً .

٣ – تنحني إلى الأمام عند أعلى الفخذين ، حتى يُتاح لها استعمال العضلات أعلى الفخذين وعضلات الفخذين لئلا يقع الضغط على عضلات ظهرها .

(أولاً) – تدوير المريض ووضعه على جانبه :

قد تحتاج الممرضة إلى تدوير المريض لإجراء ما يأتي :

١ – غسل ظهر المريض وتدليكه .

٢ – تغيير الفراش .

وقد يكون المريض قادراً على التحرك ومساعدة نفسه ، كما أنه قد يكون عاجزاً عن الحركة ، وفي مثل هذه الحالة الأخيرة ، تحتاج الممرضة إلى من يساعدها في تدوير ظهره .

الخطوات التي تُتّخذ لتغيير وضع المريض :

تتخذ الخطوات الآتية عند تغيير وضع المريض :

١ – يُسحب المريض إلى جهة حافة السرير كما يأتي :

أ – يوضع أحد ذراعي الممرضة تحت كتف المريض .

ب – يوضع الذراع الثاني تحت أعلى فخذيه .

٢ – يُدوَّر المريض إلى جانبه مع إسناد ظهره وأعلى فخذيه .

٣ – تثنى الركبة وفخذه السفلى ثم تُسحَب الساق العليا إلى الأمام وتُسنَد على وسادة ، وهذا الإجراء يمنع حدوث الضغط على مفصل الفخذ والساق السفلي .

٤ – توضع وسادة تحت رأس المريض وعنقه .

٥ – إذا كان المريض ، سيبقى بعض الوقت في هذا الوضع – فتوضع وسادة أمام صدره لسند ذراعه العلوي – وذلك لراحة كتفه ، وقد يلزم وضع وسادة عند الظهر لسند المريض .

(ثانياً) – إجلاس المريض في السرير :

إذا كان يمكن للمريض أن يتحرك ، فيمكن لممرضة واحدة أن تُجلِسه

كما يأتي :

١ – تقف الممرضة على يمين المريض .

٢ – تمسك الممرضة بيدها اليمنى ، الذراع الأيمن للمريض عند مفصل الكتف ويمسك المريض بذراع الممرضة .

٣ – تضع الممرضة ذراعها الأيسر تحت أكتاف المريض ، وترفعه إلى أعلى – على أن يساعدها المريض بثني ركبتيه والضغط على كعبيه .

٤ – تسند الممرضة المريض بيد واحدة ، ثم تسوي الوسائد بيدها الأخرى .

وإذا كان المريض عاجزاً عن الحركة ، فيلزم لرفعه ممرضتان ، ويجري ما يأتي :

أ – توضع يدا المريض فوق صدره .

ب – تقف الممرضتان متقابلتان وكل منهما عند أحد جانبي السرير .

جـ – تضع كل منهما ذراعها تحت أحد كتفي المريض من أعلا . ثم تمسك كل منهما بيد الأخرى .

د – تضع كل منهما ذراعها الثاني تحت أعلى فخذي المريض .

هـ – يُطلب من المريض :

١ – إحناء رأسه إلى الأمام .

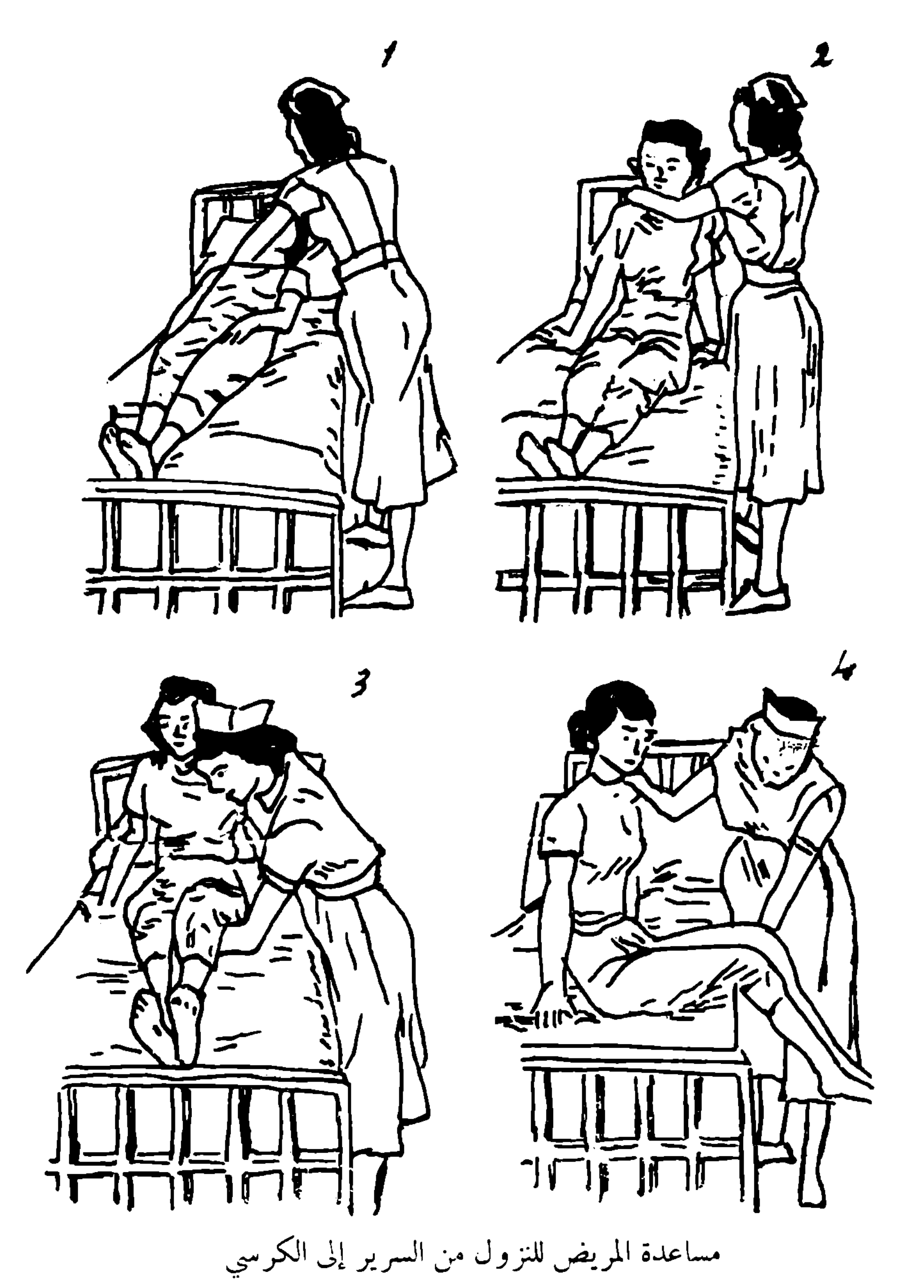
٢ – إرخاء جسمه .

ثم تتعاون الممرضتان معاً في رفع المريض .

و – تسند إحدى الممرضتين المريض ، وتقوم الثانية بترتيب الوسائد.

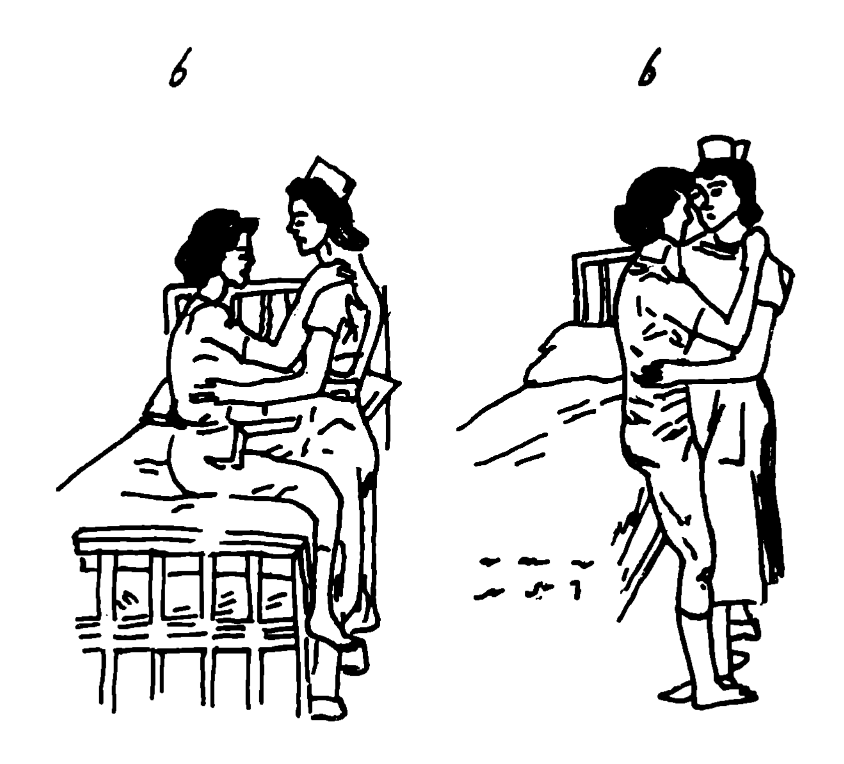
ملاحظـــة :

إذا كان المريض يجلس في سريره لأول مرة ، فيجب ملاحظته بدقة ، وملاحظة ظهور أي علامة للضعف أو الإعياء ، ويتم ذلك بمشاهدة لون وجهه وقياس نبضه بدقة .



مساعدة المريض للنزول من السرير إلى الكرسي

Methods of assisting a patient form a bed into a chair.



مساعدة المريض في إرجاعه للسرير

Methods of assisting a patient to return to bed

(ثالثاً) : إرجاع المريض إلى السرير :

يجري ما يأتي :

١ – يُسنَد المريض جيداً .

٢ – يُحرَّك ببطء واحتراس ، ويساعد على الوقوف من الكرسي الجالس عليه .

٣ – يُساعد على السير حتّى حافة السرير .

٤ – يُساعد على الجلوس على حافة السرير ويُسنَد ظهرُه .

٥ – ترفع الساقان على السرير وكذلك ثيابه .

٦ – يوضع المريض في الفراش في وضع مريح .

(رابعاً) – مساعدة المريض على السير :

يجري ما يأتي :

١ – تلف الممرضة ذراعها حول وسط المريض .

٢ – تضع الممرضة يدها الثانية تحت إبطه .

٣ – تسند المريض وتساعده على السير ببطء .

وإذا كان المريض يسير لأول مرة بعد فترة رقاد ، فيسمح له بالسير خطوات قليلة فقط ، مع ملاحظة ظهور أي علامة للإجهاد أو الإعياء .

(رابعاً) إعطاء الحقن الشرجية CLEANSING

التعريف :

هي عبارة عن حَقْن سوائل داخل المستقيم – وهي إما أن تظل بالداخل ، أو تخرج ثانية .

الحالات التي تستعمل فيها :

تستعمل الحقن الشرجية في الحالات الآتية :

١ – إخراج البراز من الإمعاء .

٢ – إزالة إنتفاخ البطن .

٣ – قبل العمليات الجراحية – ما عدا عملية الزائدة الدودية .

٤ – قبل الولادة .

٥ – إدخال السوائل والأدوية إلى جسم الإنسان .

٦ – لتشخيص بعض الحالات (قبل عمل الاشعات للجزء السفلي من الجهاز الهضمي) .

الأدوات :

يُعد ترولي توضع عليه الأشياء التالية :

أ ـ الرف العلوي :

١ ـ المحلول المستعمل (ماء + صابون) أو (محلول آخر) ـ على أن تكون درجة حرارة المحلول (٣٨,٥° س) ـ مقدار الصابون ٣٠ جرام على ٥٠٠ جرام ماء درجة حرارته ٣٨° س .

٢ ـ جهاز الحقنة النظيف .

٣ ـ محبس .

٤ ـ موصل زجاجي .

٥ ـ مبسم .

٦ ـ أسترة معقمة أولى مطاط .

٧ ـ فازلين .

٨ ـ خوافض لسان .

ب ـ الرف السفلي :

١ ـ قصرية وغطاءها .

٢ ـ مشمع .

٣ ـ بشكير .

٤ ـ ورق تواليت .

٥ ـ حوض كلوي .

٦ ـ دورق لغسيل الأيدي .

٧ ـ صابون .

٨ ـ شاش .

٩ ـ بودرة .

١٠ ـ كحول .
١١ ـ قطعتان من اللنت . .
١٢ ـ وعاءان للماء
١٣ ـ جردل

جـ ـ دروتان

الطريقــة :

تتبع الخطوات التالية :

١ ـ تشرح الطريقة للمريض .
٢ ـ توضع الدروة حول المريض .
٣ ـ تقفل النوافذ .
٤ ـ تحضر الترولي المجهز بالأدوات .
٥ ـ يوضع السائل في الحقنة .
٦ ـ يخرج منها الهواء من اللي (انبوبة المطاط) .
٧ ـ تُعلّق الحقنة في الحامل .
٨ ـ يُشَد غطاء السرير إلى أسفل .
٩ ـ يُغطى المريض بالبشكير .
١٠ ـ ينام المريض على حافة السرير . وعلى جانبه الأيسر .
١١ ـ تُثنى الرجل اليمنى على بطنه .
١٢ ـ تُفرد رجله اليسرى أسفله .
١٣ ـ يفرش مشمع تحت المريض يكون مغطى بملاءة .
١٤ ـ تدهن ٤ بوصة من القسطرة بالفازلين .
١٥ ـ تبعد الاليتين عن بعضهما بقطعة من الشاش .
١٦ ـ تُدخَل القسطرة في فتحة شرجه (يجب الا يتنفس أو يحزق) .
١٧ ـ يفتح المحبس لانزال السائل ـ إذا تضايق المريض ينتظر قليلاً ثم يُعطى

باقي السائل – مع محاولة إقناعه بأخذ أكبر كمية ممكنة .

١٨ – يُقفل المحبس قبل انتهاء السائل (لئلا يأخذ المريض جزءاً من الهواء) .

١٩ – يُمسح الشرج بورق التواليت .

٢٠ – يُقنَع المريض بمحاولة إبقاء السائل من ٥ – ١٠ دقائق .

٢١ – توضع القصريه تحته ويترك قليلاً .

٢٢ – بعد الإنتهاء من استعمال القصرية – ينظّف المريض بورق التواليت .

٢٣ – ترفع القصرية أو يعمل غسيل بالماء والصابون مع التدليك بالمحلول والبودرة للمريض المجهد .

٢٤ – تلاحظ نتيجة الحقنة .

٢٥ – يرفع المشمع والملاءة من تحت المريض .

٢٦ – يغطى بعد غسل يديه .

٢٧ – تفتح النوافذ .

٢٨ – ترفع الأشياء والأدوات .

٢٩ – تنظف الأدوات وتعاد إلى مكانها .

٣٠ – يُعطى تقرير عن نتيجة الحقنة وملاحظات الممرضة .

(خامساً) – غسيل الشرج

يُجرى كالحقنة الشرجية . وتعطى إما :

أ – بماء دافىء .

ب – محلول .

حسب توصيات الطبيب .

اخراج الهواء من البطن

يُجرى بواسطة :

١ – انبوبة .

٢ – دورق به ماء .

يوضع طرف الانبوبة في الشرج وطرفها الآخر تحت سطح الماء في الدورق .

مضاعفات الحقنة الشرجية

قد تحدث المضاعفات الآتية بعد الحقنة الشرجية :

١ – إغماء – نتيجة لانتفاخ الشرج المفاجىء .

٢ – طفح جلدي – نتيجة الحساسية .

الباب التاسع

الحرارة والبرودة كوسائل للعلاج

استعمال الحرارة في العلاج

تستعمل الحرارة بكثرة فيما يأتي :

أ – علاج بعض الأمراض .
ب – تخفيف الآلام .
ج – للتدفئة .

ويلاحظ أن درجة حرارة الإنسان ترتفع دائماً عند استعمال الحرارة كما يوجد دائماً خطر إصابته بالحروق – ولذلك يجب عدم استعمالها إلا بتوصية من الطبيب .

ومع ذلك فيمكن للممرضة أن تستعملها من تلقاء نفسها ، لتدفئة المريض في الحالات الطارئة مثل حدوث « الصدمة » وذلك لرفع درجة حرارة المريض مع وجوب الحيطة الكاملة لمنع إصابته بحروق .

١ – والحرارة تمدد الأوعية الدموية في الجلد ، فتندفع فيها كمية أكبر من الدم إلى سطح الجلد وبذلك تدفىء المنطقة .

٢ – كما أنها تنشط أيضاً الدورة الدموية ، والغدد العرقية ، وبذلك تساعد الجسم على التخلُّص من بعض السموم عن طريق العرق .

٣ – كما أنها أيضاً تساعد على ارتخاء العضلات .

٤ – تُنشّط العضلات الخاملة .

وتستعمل الحرارة بطرق كثيرة منها :

(أولاً) — قرب الماء الساخن .
(ثانياً) — الكمدات الساخنة .
(ثانياً) — اللبخ الساخنة .
(رابعاً) — الحمامات الساخنة .

وهناك طرق أخرى تستعمل فيها الحرارة في العلاج الطبيعي .

(أولاً) — قرب الماء الساخن :

تستعمل هذه القرب فيما يأتي :

أ — تخفيف الآلام مثل المغص الكلوي .
ب — تنشيط الدورة الدموية .
ج — التدفئة كما في حالة الصدمة (Shock) .

وعند استعمال القربة يجب التأكد مما يأتي :

١ — عدم وجود ثقوب في القربة .
٢ — إحكام غطاءها ، حتى لا يتسرب منه الماء ويكون سبباً في إصابة المريض بحروق ، وتبليل الرأس والملابس .
٣ — أن تكون درجة حرارة الماء بها (١٢٠° — ١٥٠°) ف — وذلك :
أ — طبقاً للمكان الذي ستوضع به القربة .
ب — حسب عمر المريض .
ج — حسب حالة المريض .

ويجب مراعاة ما يلي عند استعمال القربة :

١ — لا توضع القربة بالقرب من الجلد ، وبخاصة في حالات الصدمة ، والمرضى فاقدي الوعي .
٢ — لا يسمح للمريض بأن ينام فوق القربة .

وعلى الممرضة اتخاذ كل الإحتياطات اللازمة ، عندما تضع قربة لمريض ،

حتّى لا تكون هذه القربة سبباً في حدوث حروق للمريض – ولذا توضع القربة دائماً داخل كيس من القماش السميك وتوضع فوق البطانية ، وإذا لم يوجد كيس خاص للقربة ، فيحسن لفها في منشفة وعلى الممرضة الكشف على القربة كل ١٥ دقيقة حتّى لا تسبب في حرق المريض .

الأدوات اللازمة كما يأتي : –

١ – مكيال .

٢ – قمع .

٣ – ترمومتر مائي .

٤ – القربة .

٥ – منشفة لتجفيف القربة من الخارج .

٦ – ابريق به ماء ساخن حرارته (١٢٠° – ١٥٠° ف) حسب الحالة .

٧ – كيس للقربة ويحسن أن يكون من قماش الفانيلا لحفظ الحرارة .

الطريقـــة :

تُتبع الخطوات التالية :

أ – يوضع الماء الساخن في المكيال .

ب – تُعَيّن درجة حرارته بواسطة الترمومتر المائي .

ج – توضع القربة فوق الطاولة .

د – يُثبّت بها القمع (في فتحتها).

هـ – يُصب الماء من المكيال – فيها – خلال القمع – على أن يملأ نصفها فقط ، لئلا تكون ثقيلة .

ز – يُخرج الهواء من القربة ، ويُعرف ذلك عند تسطيح القربة ووصول الماء إلى فتحتها .

ح – تقفل القربة بالغطاء بإحكام ، حتّى لا يتسرّب منها الماء .

ط – يتأكد من عدم تسرب الماء من أي جزء من القربة .

ي – تُجفَّف القربة من الخارج .
ك – توضع في كيس القماش أو تلف بمنشفة .
ل – توضع القربة في المكان المُعيّن لوضعها .

ويلاحظ ضرورة إعادة ملء القربة كلما برد الماء الموجود بها .

وبعد الإنتهاء من استعمالها يتبع ما يأتي :

١ – تُرفع من على جسم المريض .
٢ – يزال الغطاء .
٣ – يُفرَّغ ما بها من ماء .
٤ – تُعلّق بحيث تكون فتحتها إلى أسفل . لتصفية ما تبقى بها من ماء .
٥ – يحفظ غطاء القربة في مكان أمين حتّى لا يضيع . ويحسن ربطه مع القربة .
٦ – بعد التأكد من جفافها ، تُقفَل مع ترك بعض الهواء داخلها حتّى لا يلتصق جلدها ببعضه .
٧ – تعاد إلى المكان المخصَّص لها .

(ثانياً) – المكمّدات الساخنة :

تستعمل المكمدات الساخنة في الأحوال الآتية :

أ – تنشيط الدورة الدموية في جزء صغير من الجسم .
ب – للمساعدة على تَجمُّع الصديد .

وهي تُستعمل مرات عديدة ولفترات قصيرة . ويمكن أن يستعمل فيها مطهر خفيف مثل محلول الملح أو محلول البوريك ٢٪ ..

وليس هناك ما يدعو إلى أن تكون المكمدات معقمة . إلا إذا وُجد جُرح أو خدش في سطح الجلد .

ويجب ملاحظة أن تكون المكمدات بالحجم الكافي لتغطية كل المنطقة المراد علاجها .

وقد يفزع المريض من منظر المكمدات الساخنة ، عندما يرى البخار يتصاعد منها ، وعلى الممرضة في هذه الحالة أن تؤكد له أنه لن يتعرض لأي ضرر ، وأنها ستعصر الكمادة جيداً ثم تضعها بالتدريج حتى لا يشعر بحرارتها .

الأدوات اللازمة كالآتي :

أ — إناء به المحلول المطهر المطلوب .
ب — سخان كهربائي أو أي موقد .
ج — كمادات بالحجم المطلوب .
د — عدد ٢ جفت .
هـ — عصارة خاصة من القماش .
و — فازلين أو زيت .
ز — ورق زيتي أو مشمع بلاستيك .
ح — حوض كلوي .

الطريقــة :

١ — يسخن المحلول حتى يتصاعد منه البخار .
٢ — يدهن المكان الذي ستوضع عليه المكمدات بالفازلين أو الزيت ، لوقاية الجلد من الحروق .
٣ — توضع الكمادة في المحلول الساخن .
٤ — ترفع الكمادة من المحلول وتعصر بواسطة العصارة أو الجفوت . ويراعى أن يكون عصرها جيداً لمنع حرق الجلد .
٥ — توضع الكمادة على المكان المعين بالتدريج .
٦ — تغطى الكمادة بالورق الزيتي أو المشمع لحفظ الحرارة .
٧ — تُغيّر الكمادة كل دقيقتين — خلال المدة المعينة وهي تكون عادة حوالي ١٠ — ٢٠ دقيقة .

٨ – ترفع الكمادة نهائياً بعد انتهاء المدة .
٩ – يجفف الجلد .
١٠ – يترك المريض ليرتاح .
١١ – تُرفَع كل الأدوات المستعملة وتنظف .
١٢ – تعاد إلى أماكنها الأصلية .

(ثالثاً) – اللبخ الساخنة :

توجد عدة أنواع من اللبخ الساخنة وأهمها :

(١) لبخة الانتفلوجستين :

الانتفلوجستين هو مستحضر طبي على هيئة معجون ، وهو يحفظ الحرارة مدة أطول من المكمدات – وهو يستعمل في :

أ – حالات الإلتهاب .
ب – الإلتهاب الرئوي .
ج – إصابات البلورا .

الأدوات اللازمة كالآتي :

١ – علبة الانتفلوجستين .
٢ – كسرولة بها ماء مغلي – أو غلاية .
٣ – عدد ٣ حوض كلوي .
٤ – شاش مُعقّم .
٥ – قطن .
٦ – رباط .
٧ – دبوس مشبك .
٨ – سكين خاص موضوع في إناء به ماء ساخن .
٩ – قطعة لنت بالحجم المطلوب ، بحيث تكون أركانها مقصوصة .

١٠ ـ خشبة لوضع اللنت عليها عند فرد الانتفلوجستين على اللنت .

الطريقــة :

تتبع الخطوات التالية :

١ ـ يُفك غطاء العلبة قليلاً دون رفعه .

٢ ـ توضع العلبة في الكسرولة أو الغلاية ـ على أن يصل الماء إلى ٣ سم على الأقل اسفل حافة العلبة .

٣ ـ تسخن مع الماء على النار .

٤ ـ يُقلّب الانتفلوجستين ، حتى تكون حرارة كتلته كلها متساوية .

٥ ـ يُجَس جزء منه على ظهر اليد ؛ لتقدير درجة حرارته .

٦ ـ يُفرد الانتفلوجستين بواسطة السكين على قطعة اللنت ، بحيث يكون سمكه حوالي $\frac{١}{٤}$ بوصة ـ مع مراعاة ترك حوالي ١ سم من حافة اللنت بدون انتفلوجستين .

٧ ـ يُغطى سطح الانتفلوجستين بالشاش .

٨ ـ تثنى حافة اللنت على الشاش .

٩ ـ تُجَس الحرارة بوضع اللبخة على ظهر اليد ، قبل وضعه على جلد المريض للتأكد من أن الحرارة مناسبة .

١٠ ـ تغطى اللبخة بقطعة من القماش ، لحفظ درجة حرارتها أطول مدة ممكنة .

١١ ـ تربط في موضعها برباط .

١٢ ـ يترك المريض ليرتاح .

١٣ ـ ترفع كل الأدوات وتنظّف .

١٤ ـ تعاد الأدوات إلى أمكنة حفظها .

طريقة أخرى لتسخين اللبخة :

أ ـ يفرد الانتفلوجستين ـ وهو بارد ـ على قطعة اللنت ويغطى

بالشاش كما سبق .

ب – توضع اللبخة فوق غطاء الغلاية من ناحية اللنت حتّى تسخن .

ج – ثم يُتمّم العمل كما سبق .

ويلاحظ تغيير لبخة الانتفلوجستين :

١ – أثناء النهار : تُغيّر كل ٤ ساعات .

٢ – أثناء الليل : مرة واحدة عندما يستيقظ المريض .

٣ – لا ترفع اللبخة من على العضو المصاب إلا بعد تحضير اللبخة الجديدة .

٢ – لبخة بذر الكتان :

وهي تستعمل في الحالات الآتية – ولو أن استعمالها أصبح قليلاً الآن .

أ – تخفيف آلام الظهر .

ب – تخفيف آلام الصدر .

ج – تخفيف آلام الكلي .

الادوات اللازمة كما يأتي :

١ – بذر كتان .

٢ – جفنة .

٣ – مكيال .

٤ – زيت .

٥ – شاش .

٦ – مقص .

٧ – قطن .

٨ – إبريق به ماءاً مغلياً .

٩ – رباط .

١٠ – دبوس مشبك .

١١ – ملعقة لتقليب بذر الكتان .

١٢ ــ سكين خاص لفرد البذر كتان :
١٣ ــ قطعة لنت بالحجم المطلوب ومقصوصة الأركان .

كمية بذر الكتان والماء يمكن تحديدها بالتقدير ــ فمثلاً إذا كانت اللبخة سمكها ١/٤ بوصة ومساحتها قدم مربع ــ فتحتاج إلى (١٠ أوقية ماء : ١٠ أوقية بذركتان) .

الطريقــة :

تتبع الخطوات الآتية :

أ ــ يدهن المكان الذي ستوضع عليه اللبخة ــ من جسم المريض ــ بقليل من الزيت .
ب ــ يوضع ماء مغلي في الجفنة لتسخينها .
جـ ــ يوضع ماء مغلي في المكيال .
د ــ توضع السكين في ماء المكيال لتسخينها .
هـ ــ تفرغ الجفنة من الماء الموجود بها .
و ــ يوضع ماء مغلي في الجفنة بالمقدار المطلوب .
ز ــ يضاف مسحوق بذر الكتان تدريجياً للجفنة مع تقليبه بسرعة ونستمر في التقليب إلى أن يتم امتزاجه بالماء ويصبح عجينة متماسكة.
ح ــ تؤخذ العجينة وتفرد بالسكين على اللنت ــ بحيث يكون سمكها كالآتي : ــ

١ ــ ١/٤ بوصة للصدر .
٢ ــ ١/٢ بوصة للأطراف .

ط ــ تغطى العجينة بالشاش .
ي ــ تثنى أطراف اللنت على الشاش .
ك ــ تجس اللبخة بظاهر الكف للتأكد من أن حرارتها مناسبة .
ل ــ توضع اللبخة على المكان المعين ، وتغطى بالقطن لحفظ الحرارة أطول مدة ممكنة .

م – تربط بالرباط لتثبيتها .
ن – تغيِّر اللبخة حسب التعليمات – إما كل ساعتين أو كل ٤ ساعات .
س – عند رفعها نهائياً :
١ – ينظف الجلد ويجفَّفْ .
٢ – يوضع قليل من بودرة التلك ثم قطعة قطن دافئة .
٣ – تربط برباط .

استعمال البرودة في العلاج

تستعمل البرودة في علاج الحالات الآتية :
أ – حالات النزيف – إذ ان البرودة تساعد على انقباض الأوعية الدموية فيتوقَّف النزيف .
ب – تخفيف الآلام – مثل الصداع الشديه .
ج – تخفيض درجة حرارة الجسم – مثل الحميات .
د – تقليل نشاط الميكروبات في الجسم .
هـ – تحويل سير الدم من جزء إلى جزء آخر بالجسم .
و – تنشيط إفراز البول من الكليتين – إذ يقل العرق فيكثر البول حاملاً معه كثيراً من المواد الضارة بالجسم .

القواعد الواجب مراعاتها عند استعمال البرودة في العلاج .

١ – تؤثر البرودة على الجلد ، كما تؤثر عليه الحرارة تماماً .
٢ – عند ضرورة استعمال البرودة لمدة طويلة – فيجب إيقافها بعض الوقت – من آن لآخر ، لئلا تُتلِف انسجة الجسم .
٣ – إذا شكى المريض من :
أ – تنميل في الجلد .
ب – إذا صار لون الجلد أبيض .

ج — ظهرت بقع على سطح الجلد .
فيوقف استعمال البرودة في الحال .

كيفية استعمال البرودة في العلاج :

تستعمل البرودة في العلاج بالطرق الآتية :

(أولا) الكمادات الباردة .

(ثانياً) كيس الثلج .

(أولاً) — الكمادات الباردة :

هي نوع من العلاج الطبيعي للمصابين بارتفاع في درجة حرارتهم فوق ٣٩° سنتيجراد .

الأدوات اللازمة كما يأتي : —

يعد ترولي عليه ما يلي :

١ — طبق به ماء وقطع ثلج .
٢ — ترمومتر طبي .
٣ — تذكرة الحرارة .
٤ — مشمع متر .
٥ — منشفة .
٦ — قطع لنت ، أو قطن وشاش .
٧ — حوض كلوي .

الطريقــة :

تتبع الخطوات الآتية :
أ — يزال الغطاء من فوق المريض ، ويبقى مغطى بالملاءة فقط .
ب — يوضع المشمع والمنشفة تحت الجزء الذي ستعمل له الكمادات .

ج – توضع كمادتان في الماء المثلج ، لتستعملا بالتبادل .
د – تعصر الكمادة باليد .
هـ – توضع في الحال وبلطف على الجزء المراد وضعها عليه .
و – تُغيّر الكمادة كل دقيقتين .
ز – يستمر عمل الكمادات طول المدة المقرَّرة من ١٠ – ٢٠ دقيقة .
ح – إذا كانت الكمادات تستعمل لتخفيض الحرارة ، فيستمر فيها حتى تصل درجة الحرارة إلى (٣٩° س) مع أخذ الحرارة كل ١٠ دقائق .
ط – ترفع الكمادات .
ي – يُجفَّف الجلد .
ك – يرفع المشمع والمنشفة .
ل – يترك المريض ليأخذ قسطاً من الراحة .
م – ترفع الأشياء السابق إحضارها وتنظف .
ن – يعاد كل منها إلى مكان حفظه .

(ثانياً) : كيس الثلج :

يستعمل بوضعه فوق رأس المريض كما يأتي :
أ – خفض درجة الحرارة .
ب – حالات نزيف المخ ، لايقافه .
ج – حالات نزيف البطن ، لايقافه .

الأدوات اللازمة :

١ – طبق به قطع ثلج صغيرة .
٢ – مشمع متر .
٣ – منشفة وبشكير .

٤ – ترمومتر طبي } في حالة الرغبة في خفض درجة الحرارة
٥ – تذكرة تسجيل حرارة }

٦ – كيس الثلج (كيس مطاطي مستدير ذو فتحة واسعة وغطاء محكم) .

٧ – غطاء من القماش لكيس الثلج – ويمكن استعمال منشفة في حالة عـــدم وجوده .

الطريقـــة :

يتبع ما يأتي : –

١ – يُتأكد أن كيس الثلج سليم ، وليس به ثقوب ، وأن غطاءه يكون محكماً عند إغلاقه .

٢ – يُوضع المشمع والمنشفة تحت رأس المريض .

٣ – يُملأ نصف الكيس بقطع الثلج – ليسهل حمله وتثبيته على الرأس .

٤ – يُخرَج الهواء من الكيس ، ثم يُقفَل جيداً .

٥ – يُجفَّف الكيس من الخارج ، ويُلبَّس بغطائه القماشي ، وفائدة هذا الغطاء هي :

أ – الحيلولة دون ملامسة الكيس لجلد المريض .

ب – إمتصاص أي بلل .

٦ – يُوضع الكيس على الموضع المُعيّن ، ويحسن ربطه حتّى :

أ – يبقى في مكانه .

ب – لا يكون بكل ثقله على المريض ، ولا يلامس الجلد .

٧ – يُغيّر الكيس ، أو يُعاد ملؤه كلما لزم الأمر .

٨ – يُلاحظ جلد المريض باستمرار ، لملاحظة أي تغيُّر في لون الجلد ، إذ أن البرودة الشديدة تتلف الخلايا .

٩ – تُؤخذ الحرارة كل ربع ساعة ، وكذلك النبض والتنفس ، وتُسجّل في التذكرة .

١٠ ـ عندما تنخفض درجة الحرارة إلى ٣٨,٥ سنتيجراد ، يُرفع الكيس من مكانه .

١١ ـ يُرفع كيس الثلج ، عند الإنتهاء من استعماله .

١٢ ـ يُفرّغ الكيس ، ثم يُجفف جيداً .

١٣ ـ يُثبّت الغطاء مع إبقاء بعض الهواء في الكيس ، تلافياً لالتصاق جوانب الكيس المطاطية ببعضها فيتلف .

١٤ ـ يُكتب تقرير عن :

أ ـ حالة المريض .

ب ـ مدة استعمال كيس الثلج .

١٥ ـ يُرفَع المشمع وكذلك المنشفة .

١٦ ـ يُترك المريض ليأخذ قسطاً من الراحة .

١٧ ـ تُرفَع الأدوات السابق إعدادها وتُنظّف .

١٨ ـ يُعاد كل منها إلى مكان حفظه .

الباب العاشر

البول والبصاق واجراءات حفظهما للتحليل

الفصل الثالث والعشرون

البول URINE

مقدمــة :

إن تحليل البول هو جزء من الكشف الطبي ، ولذا يُحلّل بول كل مريض عند ابتداء مرضه ، كما أنه عند تسجيل أي مريض بالمستشفى ، تؤخذ عينة من بوله وتُرسل إلى المختبر .

ويحتاج فحص البول عادة إلى أخصائي يقوم بفحصه فحصاً شاملاً ، إلا في بعض الفحوص البسيطة .

وقد يلزم في بعض الأمراض ، أن يُفحَص البول أكثر من مرة ، وأحياناً يكون من الضروري فحصه يومياً .

وفي حالة وجود مرض السكر ، قد يلزم أن يُفحص البول ثلاث مرات يومياً .

ويتخلص الجسم من $\frac{٤}{٥}$ كمية الماء الزائدة عن حاجته ، عن طريق البول . الذي يكون مختلطاً بنسبة قليلة من ثاني أكسيد الكربون وبعض فضلات الجسم كالسموم التي تظهر في الدم ، فمثلاً في حالة الإصابة بالدفتيريا ، فإن ميكروبها يفرز سموماً في الجسم تُسبِّب أضراراً للكلى — ولذلك يجري فحص البول يومياً في هذه الحالة للتأكد من حالة الكليتين .

كما أن فحص البول في حالات إضطرابات الجهاز البولي ، يدل على حالة الكليتين والمثانة .

صفات البـــول :

من أهم الصفات المميزة للبول هي :

الكميـــة :

تُفرِز الكليتان البول من الدم ، وتمر قطرات البول المتكونة في حوض الكليتين إلى الحالبين ثم تنزل إلى المثانة حيث يتجمّع . ثم تتخلص المثانة من البول المتجمع فيها عن طريق فتحة قناة مجرى البول ، حيث تقذف به إلى الخارج .

وتبلغ كمية البول التي تُفرَزخلال ٢٤ ساعة من ٥٠٠ سم٣ ـ ٣٠٠٠ سم٣ ـ وتتوقف كمية البول على :

١ ـ كمية السوائل التي أخذها الجسم .

٢ ـ كمية السوائل التي تخلّص منها الجسم عن طريق :

أ ـ الجلد .

ب ـ التنفس .

جـ ـ القناة الهضمية .

ويلاحظ عند إرتفاع درجة الحرارة الجوية ، إزدياد كمية العرق .

١ ـ ولذلك تكون كمية البول أقل منها في الجو البارد .

٢ ـ تقل أيضاً كمية البول في حالة الأمراض التي ينعدم فيها العرق .

٣ ـ تقل أيضاً الكمية عند إحتفاظ الجسم بالسوائل .

ولإمكان إيجاد توازن طبيعي للسوائل في الجسم ، فانه يحتاج إلى ٦ ـ ٨ كوبات ماء أو سوائل يومياً ـ فاذا كان كل شيء طبيعياً فإن كمية البول المتكوّن تكون من ١٠٠٠ سم٣ ـ ١٥٠٠ سم٣ .

وكمية البول في البالغين أكثر منها في الأطفال ، وقد تزيد كمية البول اليومية عن ٣٠٠٠ سم٣ في اليوم ، إذا شربت كميات كبيرة من الماء أو السوائل أو من مرض السكر ، وبعض أمراض الكلي .

ونقص كمية البول قد يرجع إلى :

أ – قلة السوائل التي دخلت الجسم .

ب – بعض أمراض الكليتين .

اللــون :

لون البول عند التبول مباشرة يكون :

١ – شفاف .

٢ – لونه أصفر برتقالي فاتح .

أ – وتؤثر كمية الفضلات التي توجد في البول ونوعها في لون البول ، بأن تجعله فاتحاً أو داكناً .

ب – كما يتغيّر لون البول ، في حالة وجود دم فيه ، وقد يكون لونه أحمراً إذا كانت كمية الدم به كبيرة .

جـ – وقد تغيّر بعض الأدوية من لون البول .

الرائحـــة :

١ – البول الطبيعي عند التبول له رائحة عطرية خاصة .

٢ – إذا حفظ البول ، تحدث فيه بعض التغيّرات مثل الرائحة النوشادرية النفاذة – وهذه التغيّرات تؤثر على البول وتجعل فحصه غير دقيق .

ولذلك إذا لم يمكن فحص البول عند خروجه بعد التبول مباشرة ، فيجب حفظه في ثلاجة .

٣ – في مرض السكر – يكون للبول رائحة خاصة .

٤ – تتغير رائحة البول بتأثير بعض الأدوية والأطعمة .

أمراض البول

توجد أمراض عديدة للبول أهمها :

(أولاً) : انحباس البول :

عندما يتجمع في المثانة حوالي ٨ أوقيات من البول ، يشعر الإنسان ببعض الإحتقان والرغبة في التبول .

وإذا عجزت المثانة عن التخلّص من البول ، فتسمى هذه الحالة « إنحباس البول » .

وكلما زادت كمية البول في المثانة ، تمدّدت عضلاتها ، فتصبح :

١ – عرضة للضعف .

٢ – تقل حساسيتها .

ومن اهم اسباب انحباس البول ما يأتي :

أ – إنسداد فتحة مجرى البول .

ب – تورم الأنسجة المحيطة بمجرى البول .

ج – تجمّع البراز في الشرج – فيضغط على مجرى البول .

د – الخوف أو الألم – إذ يسبّبان توتراً وإضطراباً في عضلات فتحة مجرى البول ، فيعيق انبساطها لإخراج البول .

هـ – وضع المثانة عند المرضى الراقدين في الوضع الظهري .

وهناك بعض الطرق التي تساعد على التخلص من انحباس البول مثل :

١ – صوت جريان الماء .

٢ – وضع يدي المريض في الماء الدافىء .

٣ – صب ماء دافىء على المنطقة العجانية .

٤ – إجلاس المريض .

أ – في الفراش .

ب – على حافة السرير .

ج – على كرسي .

٥ – استعمال القسطرة .

(ثانياً) : تسلُّل البول :

تسلل البول هو عكس انحباسه ، وهو يعني نزول البول لا-إرادياً على هيئة نقط .

وأهم أسبابه هي :

١ ــ فقد نشاط العضلات أو إصابتها .

٢ ــ الإصابة بالشّلَل ، فتفقِد عضلات مجرى البول قدرتها على الإنقباض لتحفظ البول في المثانة ، ولذا يُنقّط البول باستمرار .

٣ ــ إصابة الأعصاب التي تتحكّم في هذه العملية (عملية التبوُّل) في المركز الخاص بها في المخ .

ونتيجة لذلك يصاب المريض إما بـ :

أ ــ فقدان الشعور بالرغبة في التبوُّل أو .

ب ــ فقدان القدرة على التحكُّم في العضلات فيتبوَّل لا إرادياً .

(ثالثاً) : انعدام البول (البولينا) :

وهو عبارة عن توقف الكليتين عن إفراز البول .

الأعــراض :

أ ــ ألم بالرأس .

ب ــ الشعور بالدوخة .

جـ ــ إنتفاخ المنطقة تحت العينين .

د ــ غشيان في البصر ، مع رؤية بُقَع أمام العينين .

هـ ــ الغثيان .

ز ــ إنعدام نزول البول .

الأسباب :

١ ــ إصابة الكليتين معاً بالمرض .

٢ ــ تلف الكليتين .

٣ — وجود سموم تُعطِّل عمل الكليتين .
٤ — إنسداد الحالبين .

ويلاحظ أنه عند تلف إحدى الكليتين أو وجوب إستئصالها ، أن الكلية الأخرى يمكنها القيام بعمل الكليتين — إذا كانت سليمة :

وانعدام البول (البولينا) هو مرض خطير ، إذ أن السموم تتراكم في الجسم بدلاً من خروجها مع البول .

العــلاج :

أ — تنشيط الجلد ، للتخلُّص من فضلات الجسم .
ب — تنشيط الأمعاء للتخلُّص من فضلات الجسم .
ج — إراحة الكلى — باستعمال غذاء خاص قليل الملح .
د — إعطاء المريض كمية كبيرة من السوائل ، لتخفيف فضلات الجسم .
هـ — إعطاء الأدوية المنشِّطة للكليتين .

(رابعاً) : ملاحظات عن البول

عرفنا مما سبق الأشياء التي يمكن ملاحظتها في البول ، وكذلك أهمية ملاحظة :

أ — كميته .
ب — لونه .
ج — رائحته .

كما عرفنا أيضاً الحالة الطبيعية للبول .

ومن الناحية التمريضية ، على الممرضة :

١ — ملاحظة صفات البول .
٢ — قياس كميته ، وتسجيلها عند الضرورة .
٣ — تجهيز عينات البول .

٤ – ملاحظة محتويات المبولة والقصرية ، والتقرير عنها ، لمساعدة الطبيب على معالجة المريض وذلك بمعرفة :

أ – متى يجب قياس كمية البول .

ب – متى تُطلَب عينة البول .

حتى تؤدي واجبها نحو :

١ – عمل ما يلزم قبل التخلُّص من البول .

٢ – عمل الإحتياطات اللازمة مع المريض الذي يذهب إلى المرحاض وذلك في حالات الإحتياج إلى البول :

أ – لمعرفة كميته .

ب – لأخذ عينة منه .

جـ – لتلبية طلبات الطبيب الخاصة بالمعلومات عن البول . ويحسن في هذه الحالة أن يستعمل المريض المبولة أو القصرية .

وإذا لاحظت الممرضة أي ظاهرة غير طبيعية في البول ، فعليها أن تحتفظ بعينة منه لعرضها على الممرضة المسئولة أو الطبيب .

١ – تجهيز عينة البول :

من المعتاد أن تؤخذ العينات العادية من البول :

١ – عند استيقاظ المريض من نومه صباحاً .

٢ – عند إدخاله إلى المستشفى .

ويجب قبل أخذ عينة البول غسل الأعضاء التناسلية الظاهرة بالماء والصابون ، لأن هذه الأعضاء قد تكون مُلوَّثة ببعض الميكروبات .

وإذا أُخذت عينة البول من سيدة في فترة الحيض ، فعلى الممرضة أن تكتب ذلك على البطاقة التي تُرفَق بالعينة .

الأدوات اللازمة :

يلزم إعداد ما يأتي لأخذ عينة البول :

أ – زجاجة خاصة ذات غطاء محكم ، لوضع العينة .
ب – بطاقة مكتوب عليها المعلومات اللازمة – لتُلصَق على الزجاجة
ج – مبولة نظيفة .
د – قصرية نظيفة .

الطريقـــة :

تتبع الخطوات التالية :

١ – تغسل المنطقة العجانية بالماء والصابون ، أو تُمسح بقطعة قطن مبللة بالماء النقي دون مطهر .

٢ – يطلب من المريض التبوُّل في القصرية أو المبولة .

٣ – إذا كان المريض يريد التبرُّز في نفس الوقت ، فتجهّز قصرية ثانية على أن تُرفع الأول عقب التبوُّل مباشرة .

٤ – يؤخذ حوالي ١٢٠ سم^3 من البول وتوضع في الزجاجة الخاصة .

٥ – تغطى الزجاجة بغطائها .

٦ – تعد البطاقة التي ستلصق على زجاجة العينة ويُبيّن عليها :

أ – اسم المريض .
ب – رقم السرير .
ج – رقم الجناح أو اسمه .
د – تاريخ أخذ العينة .

٧ – تلصق البطاقة على زجاجة العينة .

٨ – ترسل ورقة خاصة مع العينة مبيناً بها :

أ – اسم المريض .
ب – رقم السرير .
ج – رقم الجناح .
د – التاريخ .

هـ – اسم الطبيب .
و – الفحوص المطلوبة .

٢ – تجهيز عينة بول ٢٤ ساعة :

قد يلزم في بعض الحالات ، جمع كل كمية البول الذي يتبوله المريض خلال ٢٤ ساعة ، لإرساله للمختبر ، لإجراء بعض الفحوص الخاصة عليه ، ويُحدَّد عادة وقت ابتداء جمع البول .

الأدوات اللازمة :

تعد الأدوات الآتية :
أ – زجاجة كبيرة نظيفة ذات سداد – لجمع البول .
ب – مكيال مُدرَّج – لقياس كمية البول .

الطريقــة :

١ – تعطى قصرية نظيفة أو مبولة للمريض .
٢ – يطلب منه أن يتبوَّل فيها .
٣ – يدون وقت هذه العملية .
٤ – يرمى هذا البول ولا يحتفظ به .
٥ – يبدأ جمع البول من المرة التالية للتبوّل – لأنه يجب جمع البول والمثانة فارغة .
٦ – تقاس كل كمية بول يتبوّلها المريض خلال الـ ٢٤ ساعة وتوضع كمية كل مرة منها في زجاجة الجمع (يكتب عليها الوقت والكمية) .
٧ – عند إنتهاء الـ ٢٤ ساعة تماماً من بدء تبوُّل المريض ، يُطلب منه أن يتبوّل للمرة الأخيرة .
٨ – يضاف هذا البول إلى باقي كمية البول السابقة في الزجاجة .
٩ – تؤخذ عينة حوالي ١٥٠ سم^{3} وتوضع في زجاجة العينة التي يمكن إحضارها

من المختبر وتكون معقمة . وتُقفل بعد وضع العينة فيها .

١٠ – توضع البطاقة على الزجاجة كما سبق ويكتب عليها ميعاد بدء وإنتهاء تجميع البول .

١١ – ترسل العينة إلى المختبر ومعها الورقة الخاصة بالمعلومات اللازمة .

تحليـــل البـــول :

مكونات البول :

أ – البول الطبيعي Normal Urine

١ – كميته ١٥٠٠ سم٣ يومياً .

٢ – لونه صاف .

٣ – تأثيره حمضي .

٤ – كثافته النوعية ١٠١٠ – ١٠٢٥ .

٥ – له رائحة خاصة .

٦ – يحتوي على :

٩٦٪ ماء

٢٪ بولينا

٢٪ أملاح غير عضوية وقد توجد بعض المواد العضوية .

ب – البول غير الطبيعي :

١ – كميته إما أن تكون :

أ – أكثر من المعتاد **Polyuria** في حالة البول السكري . وتسمى زيادة كمية البول .

ب – نقص كمية البول **Oliguria** وتكون كمية البول أقل من الطبيعي .

٢ – اللون : **Colour**

أ – إذا كان أحمراً – يدل على وجود دم فيه .

ب — إذا كان بنياً يميل للإخضرار — يدل على وجود العصارة الصفراوية.
ج — إذا كان أزرقاً — يدل على وجود صبغة
د — إذا كان برتقالياً فاتحاً — يحدث في حالة إعطاء أنواع معينة من العلاج .
هـ — إذا كان أبيضاً — يدل على وجود صديد .

٣ — التفاعل : Reaction

أ — حامضي في الحالة الطبيعية .

ب — قلوي في حالة التهاب المثانة Cystitis

٤ — الكثافة النوعية : Specific Gravity

أ — تكون عالية في حالة Glycosuria

ب — تكون منخفضة في حالة هبوط الكلى . Kioney Failure

٥ — وجود رواسب : Sediment

مثل :
أ — الصديد .
ب — المخاط .
ج — رواسب كلوية .

٦ — الرائحة : Odour

أ — إذا كانت الرائحة حلوة — يدل على وجود أسيتون .

ب — إذا كانت الرائحة كرائحة السمك — يدل على وجود بكتيريا باسلية

٧ — المحتويات : Contents

التي قد توجد في البول مثل :
أ — الزلال .
ب — السكر .

ج ـ الدم .
هـ ـ الصديد .
و ـ العصارة الصفراوية .

٣ ـ كيفية تحليل البول :

أ ـ ملاحظة اللون والرائحة .
ب ـ تقاس الكثافة النوعية بالبوريتومتر Urinometer
ج ـ وذلك يوضع البول في مخبار مدرج ثم تقاس كثافته بوضع البوريتومتر في البول فيطفو وتؤخذ القراءة .
د ـ التفاعل :

توضع ورقة عباد الشمس الزرقاء في البول .
١ ـ إذا تحولت إلى اللون الأحمر كان البول حامضياً .
٢ ـ إذا إزرقت الورقة الحمراء يكون البول قلوياً .

هـ ـ تحليل البول للزلال :

أ ـ ضعي البول في أنبوبة إختبار حتى ثلثيها .
ب ـ يُسخّن الجزء العلوي من الأنبوبة .
ج ـ إذا تكون راسب ـ فإما أن يكون زلالاً أو فوسفات .
د ـ يضاف حامض الخليك ويغلى البول فيختفي راسب الفوسفات .
هـ ـ إذا بقي الراسب يكون زلالاً .
ـ كيفية تسجيل النتيجة عند فحص الزلال :
أ ـ في حالة عدم وجود الزلال يكتب
(سلبي) Negative, or Nil, or Free
ب ـ تُحدَّد كمية الزلال بقدر سمكه .

١ ـ إذا كان سمك الطبقة رقيقاً تعتبر (آثار) Trace

٢ ـ إذا كان سمك الطبقة $\frac{1}{3}$ الأنبوبة تعتبر + .

٣ ـ إذا كان سمك الطبقة $\frac{2}{3}$ الأنبوبة تعتبر + + .

٤ ـ إذا كان سمك الطبقة كل الانبوبة يعتبر + + + .

٤ ـ تحليل البول للسكر :

يتّبع ما يأتي :

أ ـ يوضع ١٠ سم^{3} من محلول بندكت في انبوبة إختبار نظيفة .

ب ـ تضاف ٨ نقاط من البول .

ج ـ يغلى الخليط .

د ـ تُسجّل النتيجة كما يأتي : ـ

١ ـ إذا كان اللون أزرق ـ فيكون البول (سلبي) Negative

٢ ـ إذا كان اللون ازرق مائل للاخضرار ـ فيكون به (آثار) Trace

٣ ـ إذا كان اللون أخضر يكون + .

٤ ـ إذا كان اللون اصفر يكون ++ .

٥ ـ إذا كان اللون أحمر أو برتقالي يكون + + + .

٦ ـ إذا كان اللون بني يكون + + + + .

وتسجل النتيجة في السجل الخاص بها .

ملحوظة :

توجد طريقتان لاختبار السكر في البول .

١ ـ فحص كلينيتست (فحص الإمتصاص) . Clinitest

يجري كما يأتي :

أ - تؤخذ ٥ نقط من البول في انبوبة إختبار .

ب - يضاف ١٠ نقط ماء نقي .

ج - يضاف قرص كلينتست .

د - ينتظر ١٥ ثانية .

فيحدث تغير في اللون وتسجل النتيجة حسب اللون كما سبق .

٢ - فحص الشريط : (شريط خاص لفحص البول السكري) .

يجري ما يأتي :

أ - تؤخذ كمية من البول في أنبوبة اختبار نظيفة .

ب - توضع قطعة من الشريط في البول .

ج - يلاحظ التغيُّر في اللون .

د - تسجل النتيجة على حسب اللون .

(توجد على علبة الشريط الألوان ونسبة السكر فيالبول) .

٥ - تحليل الأسيتون :

يتبع ما يأتي :

أ - نحضر انبوبة اختبار نظيفة .

ب - يملأ $\frac{1}{4}$ الأنبوبة بعينة البول .

ج - تضاف عدة نقط من محلول نيتروبروسيد الصوديوم .

د - يُشبّع المحلول بكرات سلفات الأمونيوم .

هـ - إذا ظهرت حلقة بنفسجية فيدل ذلك على وجود الاسيتون .

كيفية تسجيل النتيجة :

١ – عدم وجود اسيتون (سلبي) Negative — Nil — Free

٢ – وجود آثار Trace – بظهور حلقة باهتة بنفسجية .

٣ – إيجابي Positive – بظهور حلقة بنفسجية .

٤ – ++ . – $\frac{١}{٣}$ الأنبوبة باللون البنفسجي .

٥ – +++ . – $\frac{٢}{٣}$ الأنبوبة باللون البنفسجي .

٦ – ++++ . – كل الأنبوبة باللون البنفسجي .

الفصل الرابع والعشرون

البصاق SPUTUM

تعريف :

البصاق هو إفراز مخاطي يقذف من الفم – وقد يأتي من :
أ – الرئتين والشعب الهوائية مع السعال .
ب – إفرازات صديدية من الأنف أو الحلق أو الجيوب الأنفية .
وكميات البصاق التي تُفرَز إما أن تكون .
١ – قليلة .
٢ – متوسطة .
٣ – كثيرة .

١ – القـــوام :

يختلف قوام البصاق (سمكه) فيكون :
أ – بصاق سائل .
ب – بصاف خفيف .
جـ – بصاق سميك .
د – بصاق صديدي .

٢ – اللـــون :

يختلف لون البصاق الناتج فيكون :
١ – عديم اللون – وهو بصاق مخاطي لا لون له .

٢ — صديدي — يوجد به صديد ولونه صدىء ويكون كثيفاً ولزجاً .
٣ — دموي — إذا كان به دم أحمر ناصع .
٤ — أخضر — في حالة خراج الرئة أو سرطانها وتكون له عادة رائحة كريهة .

٣ — التخلّص من البصاق :

البصاق هو عامل من أهم عوامل إنتشار العدوى ، ولذلك يجب عدم البصق في الأماكن العامة ، بل يكون ذلك في مباصق خاصة .

ويحسن أن يوضع مطهر في المبصقة قبل إعطائها للمريض وذلك للتغلّب على الميكروبات والحد من إنتشار العدوى .

ويُتخلص من البصاق — بوضع ما يوجد بها في أوعية خاصة ثم إعدام ما فيها .

٤ — فحص البصاق :

الغرض من فحص البصاق ، هو اكتشاف ما قد يكون به من ميكروبات وتحديد نوعها .

وتؤخذ عادة العينة في الصباح عند استيقاظ المريض ، ويُطلَب منه السعال بشدة ، ليكون البصاق آتياً من الرئتين والشعب الهوائية — ولئلا يكون عبارة عن إفرازات الأنف والحلق فقط .

٥ — اعداد عينة البصاق :

عند الرغبة في إرسال عينة من البصاق لإجراء الإختبارات المطلوبة — يُتّبع ما يأتي :

١ — غسل فم المريض جيداً — حتى لا توجد به بقايا أو فضلات الطعام .
٢ — يشرح للمريض ما يراد منه أن يفعله .
٣ — يطلب من المريض أن يسعل سعالاً شديداً .

٤ – يستقبل بصاقه في وعاء خاص .

٥ – يلاحظ عدم خروج أي بصاق خارج الوعاء .

٦ – يُجفَّف الفم .

٧ – يغطى الوعاء الموجود به البصاق .

٨ – توضع عليه بطاقة بالمعلومات ، كما سبق في العينات الأخرى .

٩ – يرسل الوعاء إلى المختبر ومعه ورقة خاصة بها التعليمات المطلوبة من الفحص .

الباب الحادي عشر

الدواء وتعاطيه

طرق اعطاء الادوية كوسائل علاجية

SUGGESTED METHODS FOR ADMINISTRATING
THE RAPEUTIC AGENTS

أولاً ــ الممرضة هي الشخص الذي يعتمد عليه الطبيب، و يثق به كل الثقة في تحمُّل مسئولية إعطاء العلاج.

الغرض من إعطاء الأدوية :

تُعطى الأدوية لأغراض عديدة منها ما يأتي : ــ

١ ــ لعلاج المرض الذي يشكو منه المريض ، مثل إعطائه البنسلين أوالسلفاناميد لإيقاف نمو الميكروب أو القضاء عليه .

٢ ــ لتعويض الجسم ما ينقصه لأداء وظائفه (البيولوجية) الحيوية مثل الأنسولين في حالة مرض السكر .

٣ ــ لتنبيه الوظائف الفسيولوجية الطبيعية مثل الديجتالا في علاج أمراض القلب .

٤ ــ للوقاية من الأمراض مثل استعمال الفيتامينات أو التطعيم ضد الأمراض .

٥ ــ لاكتشاف أسباب المرض ، مثل استعمال الباريوم في إظهار أي عجز عضوي عند أخذ صور بالأشعة .

في كل هذه الحالات ، تكون مسئولية الطبيب ، هي كتابة العلاج اللازم والتوقيع عليه ، بعد أن يُوضّح الاسم والكمية اللازم إعطاءَها من الدواء ، وعدد مرات إعطائه ، وطريقة إعطائه .

وفي الحالات العاجلة ، يمكن للممرضة أن تأخذ هذه التوصيات من الطبيب شفهياً . ولكن عليها أن تسجلها كتابة بعد ذلك .

ثانياً: مسئولية الممرضة:

إن مسئولية الممرضة في تنفيذ توصيات الطبيب . ومساعدة المريض في تعاطي العلاج كالآتي :

١ ــ أن يكون العلاج مضبوطاً .
٢ ــ التأكد من الكمية .
٣ ــ التأكد من طريقة إعطاء العلاج .
٤ ــ أن تعرف تفاعل الدواء .
٥ ــ أن تكون على علم بتشخيص الطبيب لمرض المريض .
٦ ــ التأكد من أوقات إعطاء العلاج .
٧ ــ الإلمام بخطة العلاج .
٨ ــ أن تعرف سِنّ المريض .
٩ ــ أن تعرف عادات المريض السابقة في استعماله للأدوية .
١٠ ــ أن تعرف حالته العقلية .
١١ ــ استشارة الطبيب . في مدى ما يجب أن يعرفه المريض ، عند علاجه ، سواء في المستشفى أو في منزله بعد خروجه من المستشفى ــ لأن الإتجاه حالياً هو الرغبة في توعية المريض بالأدوية التي يتعاطاها ، والنتيجة المتوقّعة منها .

يقول (سايمون) :

« إنه من العوامل الهامة في العناية بالمريض ، هو المريض نفسه ، لأنه حين يعرف ماذا يجب عليه أن يفعله ، وما هي النتيجة المتوقّعة لما يُعمل له ، فهو في هذه الحالة يتحمل مسئولية أكبر في العناية بنفسه » .

١٢ ــ على الممرضة أن تعرف بدقة . تفاعل كل دواء ، وما هو مرغوب

من تفاعلاته وما هو غير مرغوب منها – وذلك بمراقبتها الدائمة للمريض، ومدى استجابته للعلاج .

١٣ – يجب عليها أن تعرف :

أ – ماذا يحدث للدواء .

ب – كيف ينتشر في الجسم .

ج – ما يُفرَز منه .

فمثلاً عند إعطاء المريض « الحديد » ، عليها أن تنبهه بأنه سيُفرَز بالبراز ويجعله أسوداً – حتى لا يخاف المريض عندما يرى ذلك .

١٤ – عليها أن تعرف أنه إذا حدث عدم إفراز البول ، كما في حالة تعاطي المريض (سلفابريدين) – فمعنى ذلك أنه حدثت مضاعفات ، يجب إبلاغ الطبيب بها مباشرة وفوراً .

١٥ – مع أنها غير مسئولة عن كمية الدواء التي تقرَّر إعطاؤها للمريض – إلا أنه يجب عليها أن تعرف :

أ – الحد الأقصى للكمية التي تُعطى .

ب – الحد الأدنى للكمية التي تُعطى .

١٦ – يجب أن تعرف أن :

أ – سن المريض .

ب – وزنه .

ج – جنسه .

قد تكون من العوامل التي تُؤثِّر على كمية الدواء الموصوفة .

١٧ – يجب أن تعرف أن :

أ – الأطفال .

ب – المُسنّين .

يحتاجون عادة إلى كمية من الدواء أقل من البالغين .

١٨ ـ كما يجب عليها أن تعرف ، التفاعلات المختلفة للأدوية فمثلاً :
أ ـ الكمية الصغيرة من (الاتروفين) تُبطىء ضربات القلب .
ب ـ والكمية الكبيرة منه تُسرِع ضربات القلب .

١٩ ـ في بعض الأحيان ، يكون إمتصاص الجسم للأدوية ، أسرع من إفرازه ـ ولذلك يجب أن تكون الممرضة مُنتَبهة لذلك ، حتى تخبر الطبيب مباشرة عند ملاحظتها أي علامات تدل على حدوث ذلك .

فمثلاً بعض الأطباء يُفضِّلون عدم إعطاء المريض (الديجتالا) إذا كان نبضه أقل من ٦٠ في الدقيقة .

٢٠ ـ يجب أن تعرف الممرضة أنه :
أ ـ قد تحدث عند بعض المرضى مناعة ضد بعض الأدوية عندما يستعملونها مدة طويلة .
ب ـ بعض الأدوية تُسبِّب الإدمان عليها .

لذلك فعلى الممرضة ـ إذا لم تكن مُلمّة بالأدوية الموصى بها ـ أن تدرسها قبل إعطائها للمريض ـ وذلك إما :
أ ـ بالإطلاع على مراجع خاصة بهذه الأدوية .
ب ـ أو بسؤال الصيدلي .
ج ـ أو بالرجوع إلى الطبيب المُعالج .

٢١ ـ الممرضة مسئولة عن معرفة أي رد فِعلٍ مُتوقّع من أي علاج .

٢٢ ـ على الممرضة أن تكون ملمة تماماً بِ :
أ ـ المقاييس .
ب ـ الموازين .
ج ـ المكاييل .

كما يجب عليها أن تكون متأكدة من الإصطلاحات الطبية التي تكتب على الأدوية .

٢٣ ـ لمعظم المستشفيات ، طرق خاصة ، في توزيع الأدوية التي تُعطى أكثر

من مرة – وضرورة إثباتها بتذاكر المرضى ، والكروت الطبية ، ثم تُحوَّل لتحضير وتوزيع الأدوية . وتُفضَّل في هذه الأحوال البطاقات البيضاء (الكروت البيضاء) التي تشمل المعلومات الآتية :

١ – رقم غرفة المريض .

٢ – اسم المريض الكامل .

٣ – اسم الدواء .

٤ – كمية الدواء .

٥ – عدد مرات إعطاء الدواء يومياً .

٦ – الساعات التي يُعطى فيها .

٧ – طريقة تناوله .

٨ – تاريخ كتابة الدواء .

٩ – مدة إعطاء الدواء ، أو ميعاد إيقافه .

وهذه البطاقات يجب :

أ – حصرها بدقة .

ب – مراجعتها مراجعة جيدة قبل إستعمالها .

جـ – مراجعتها يومياً منعاً للخطأ .

د – تحفظ في دولاب الأدوية .

وعند إيقاف إعطاء الدواء – تُقدَّم هذه البطاقات .

الأوزان والمقاييس المستعملة

(أولاً) : الأوزان :

عدد	عدد
١ جرام (جم)	١٥ ــ ١٦ قمحة
٠,٠٦٥ جرام	ـ,١ قمحة
٠,٠٣٢ جرام	,٥ قمحة
٠,٠١٦ جرام	,٢٥ قمحة
٠,٠١٠ جرام	١/٦ قمحة
٠,٠٠١١ جرام	١/٦٠ قمحة
٠,٠٠٠٦ جرام	١/١٠٠ قمحة

(ثانياً) : المقاييس (المكاييل) :

عدد	عدد	عدد
ـ ,٤ سنتيمتر مكعب (سم^{٣})	ـ ,١ درهم	١ ملعقة شاي
ـ ١٥ـ١٦ سم^{٣}	ـ ,٤ درهم	١ ملعقة حلو
ـ ,٢٠٠ سم^{٣}	,٥ بينت	١ فنجان قهوة
١٦, ـ سم^{٣}	ـ ,١ مينيم	١ نقطة
ـ ,١ سم^{٣}	ـ ١٥ـ١٦ مينيم	
ـ ,٣٠ سم^{٣}	١ أونس (٨ درهم)	
ـ ,١٠٠٠ سم^{٣}	٣٤ أونس	

رموز الموازين والمقاييس المستعملة

الرموز	المقياس
Mg or Mgm	Milligram
Gm	Gram
CC	Cubic Centimeter
gr	Grain
O	Ounce
tbsp	Tablespoon
tsp	Teaspoon

الرموز المستعملة في وصفات الأدوية

الرمز	المعنى
a.a.	Of Each.
a.c.	Before Meals.
ad lib	Freely.
C	With.
gt	Adrop.
P.c.	After Meals.
P.r.n.	According to Necessity.
W.d.	Every Day.
W.h.	Every Hour.
W.i.d.	4 Times Each Day.
S.	Without.
S.O.S.	If Necessary.
S.S.	A Half.
Stat.	At Ounce
t.i.d.	3 Times Each Day.

ثالثاً: طرق إعطاء الأدوية

توجد طرق عديدة لإعطاء الدواء للمريض ، أو تعاطيه هو بنفسه له — وهي تعتمد على :

أ — نوع الدواء .

ب — تركيبه الكيميائي .

جـ — نوع تفاعل الدواء — (ذو تأثير موضعي أو تأثير عام) .

د — مدى الرغبة في سرعة تفاعله .

هـ — حالة المريض .

الطرق الشائعة في إعطاء الأدوية :

أهم الطرق الشائعة الاستعمال في إعطاء الأدوية وتعاطيها هي :

١ — طريقة الفم .	Oral Medication
٢ — طريقة الحقن .	Injection Medication
أ — تحت الجلد .	Subcutaneous Injection
ب — في العضل .	Intramuscular Injection
جـ — في الوريد .	Intravenous Injection
د — في الجلد .	Intracutaneous Injection
هـ — في النخاع الشوكي .	Spinal Cord Injection
٣ — طريقة الإستنشاق .	Drugs by Inhalation
٤ — طريقة الشرج	Rectal Drugs
٥ — طريقة الأعضاء التناسلية للمرأة .	Drugs by Vagina
٦ — عن طريق الأذن .	Ear Medication
٧ — عن طريق الجلد .	Skin Medication
٨ — عن طريق العين .	Eye Medication
٩ — عن طريق الزور ؟	Throat Medication

وسنذكر منها الآتي :

رابعاً : طريقة إعطاء الأدوية من الفم : Oral Medication

هي أسهل الطرق وأكثرها شيوعاً ، ويبدأ فيها تفاعل الدواء منذ دخوله في الفم ويؤثر على أجزاء الجسم — ثم يمتد التفاعل إلى أجزاء الجهاز الهضمي — حيث لكل دواء مكان يتم فيه تفاعله — ثم يُمتص ويُوزَّع .

ويلاحظ أن جزءاً صغيراً من الدواء ، يُمتَص عادة في المعدة ، وأن الجزء الأكبر يُمتَص في جدران الأمعاء ، خلال الأغشية المخاطية التي تُغلِّفها من الداخل .

والأدوية التي تُسبِّب تهيج جدران الجهاز الهضمي ، تُعطى عادة بطريق آخر غير الفم — ما عدا :

أ — زيت الخروع .
ب — الكسكرة . ؟

إذ يُعزى تأثيرهما على تفاعلهما الموضعي داخل الجهاز الهضمي .

أما الأدوية التي يَبطُل مفعولها بواسطة عصارات الجهاز الهضمي مثل (الانسولين) — فإنها تُعطى بطريق آخر .

كما أن الأدوية التي تُسبِّب تقيُّؤ المريض ، فيجب إستشارة الطبيب فيها مباشرة ، ليوصي بما يراه لازماً .

ويمكن أن تُعطى الأدوية من الفم بطريقة سهلة وسليمة ، إذا اتّبعت الممرضة ما يأتي :

١ — تُراجع توصية الطبيب بدقة ، وتسأله لتوضيح أي ملاحظة تراها الممرضة في توصيته .
٢ — يجب أن يكون موجوداً أمام الممرضة أثناء توزيعها الدواء على المرضى :
أ — بطاقة الدواء أو .
ب — دفتر توصيات الطبيب أو .
ج — تذكرة المريض .
٣ — على الممرضة أن تغسل يديها جيداً وتنظفهما و تجففهما بمنشفة نظيفة —

قبل إمساكها بالدواء .

٤ ــ أن تكون الأدوات التي ستستعمل لإعطاء الدواء نظيفة .

٥ ــ أن تقوم ممرضة واحدة فقط باستعمال دولاب الأدوية ــ عند توزيعها . على أن لا تتكلّم أثناذلك مع أي إنسان ، كما لا تسمح لأيٍ كان بإزعاجها أثناء إعداد الأدوية .

٦ ــ أن لا تضع الممرضة أمامها ، غير بطاقة دواء واحدة في كل مرة .

٧ ــ تقرأ الممرضة بطاقة الدواء (المكتوبة على الإناء الموجود به) ، وتراجعها على البطاقة أو توصية الطبيب أو تذكرة المريض .

٨ ــ تُقاس كمية الدواء بكل دقة .

٩ ــ يوضع كأس الدواء والبطاقة معاً على الصينية .

١٠ ــ الدواء الزائد بالكأس بعد شرب المريض ، لا يعاد إلى زجاجته ، ولكن يستغنى عنه .

١١ ــ لا يُنقل دواء من كأس إلى آخر .

١٢ ــ إذا لاحظت الممرضة أي تغيير في :

أ ــ لون الدّواء .

ب ــ أو رائحته .

فيجب عليها إيقاف استعماله فوراً .

١٣ ــ قبل إعطاء الدواء للمريض ، يُسأل المريض عن اسمه كاملاً ــ ثم يُطَابق على بطاقة الدواء .

١٤ ــ تبقى الممرضة مع المريض حتّى يتّم تناول دوائه .

١٥ ــ تسجل الممرضة على تذكرة المريض :

أ ــ وقت تناول الدواء .

ب ــ كمية الدواء المعطاة .

ج ــ نوع الدواء .

وإذا تكرَّر استعمال الدواء الواحد عدة مرات ، فتكتفي الممرضة في كل

مرة بمطابقته للكارت . وتُسجِّل أنها أتمت القيام بذلك .

١٦ – تلاحظ الممرضة . المريض جيداً . عقب تناوله للدواء . لتسجيل التفاعل الذي يحدث .

١٧ – الممرضة التي تُحضِر الدَّواء . هي الوحيدة التي يجب أن تعطيه للمريض تحت مسئوليتها .

١٨ – إذا عجزت الممرضة . عن إعطاء الدواء للمريض في الوقت المحدَّد بسبب :

أ – عدم رغبة المريض في تناوله .

ب – لنومه في ذلك الوقت .

ج – لأي سبب آخر .

فيجب عليها عدم إرجاع الدواء إلى زجاجته أو علبته ، بل يَحسُن التَّخلُّص منه مع :

أ – تسجيل ذلك في تذكرة المريض .

ب – مخابرة الطبيب في الحال .

وعلى الممرضة في مثل هذه الحالة أن تستعمل كل لباقتها وذكاءَها ، لتستميل المريض ليعرف الفائدة التي تعود عليه في حالة طاعته وتناوله الدواء .

خامساً : دور الممرضة في حالة الخطأ

من الضروري جداً تقدير قيمة المسئوليات التي تقع على عاتقي الممرضة في :

١ – تنسيق وسائل العلاج المختلفة .

٢ – إيصال هذه الوسائل للمريض .

وقليلاً ما تَحدُث الأخطاء – إلا إذا وُجدت عادة الإهمال في الرعاية ، وحلّت محل الدِّقة فيها .

فإذا حدث أي خطأ من الممرضة يُسيء لسلامة المريض ، فيلزمها أن :

أ – تخطر الطبيب مباشرة .
ب – تصحيح مقاييس الخطأ بقدر الإمكان .
ج – شرح الخطأ على تذكرة المريض شرحاً وافياً .
وفي بعض المؤسسات ، تُلزَم الممرضة بكتابة تقرير على نموذج خاص .
وتسمى هذه الأخطاء ، أخطاء علاجية (عفوية) .
وتتطلب هذه النماذج عادة :
١ – شرحاً كاملاً لهذه الأخطاء .
٢ – شرحاً للخطوات التي اتُّخذَت عقب حدوثها .
وللأسباب القانونية ، يجب :
أ – شرح هذه الأخطاء شرحاً كاملاً دقيقاً .
ب – وقت حدوثها .
وان للمراجعة الدورية لهذه الأخطاء ، أهمية كبرى في :
١ – معرفة نقاط الضعف في الإجراءات ، التي لوحظت أثناء العمل .
٢ – العمل على تفادي هذه الأخطاء .
وذلك كله يساعد على زيادة سلامة الإجراءات المتبعة والمحافظة على سلامة المرضى .

سادساً : دولاب الأدوية

يكون دولاب الأدوية – في معظم المستشفيات – موجوداً بالقرب من مكتب الممرضة ، أو في غرفة العلاج وذلك لكي :
أ – يَسهُل الوصول اليه .
ب – يكون تحت ملاحظة ومباشرة الممرضات المؤهلات ، اللاتي يتداولن الأدوية .
ويجب أن يكون هذا الدولاب :
١ – مُعلّقاً .

٢ – ذو قفل مُحكَم .
٣ – تحتفظ الممرضة المسئولة فقط بمفتاحه .
٤ – لا يُحفظ فيه إلا الأدوية المتداولة الاستعمال .

ولمعظم المستشفيات طرقها الخاصة في حفظ الأدوية إما :

أ – عن طريق تفاعلها .

ب – عن طريق الحروف الأبجدية مع مراعاة الآتي :

(أولاً) : ان الأدوية المخدرة تحفظ إما :

١ – في مكان منفصل داخل دولاب الأدوية .

أو ٢ – في دولاب آخر خاص بها .

(ثانياً) : أن تُفصل الأدوية الآتية عن بعضها بحيث يكون كل منها في مكان خاص به في الدولاب وهي :

أ – الأدوية التي تُعطى بالفم .

ب – الأدوية التي تُعطى عن طريق الحقن .

(ثالثاً) : أما الأدوية السامة ، فتُعزَل تماماً عن باقي الأدوية وذلك إما :

١ – في دولاب خاص بالسموم . أو .
٢ – في مكان منفصل تماماً . وخاصاً بها في دولاب الأدوية .

مع وضع بطاقة يُوضَّح عليها اسم الدواء .

(رابعاً) : أما الأدوية الآتية فتحفظ في الثلاجة وهي :

أ – الزيوت .

ب – الفاكسين .

ج – الأنسولين .

د – البنيسلين والمضادات الحيوية .

هـ – أنواع اللبوس .

وذلك لحفظها من الفساد .

(خامساً) : الأدوية المُعدَّة للاستعمال الخارجي مثل :

١ – المراهم .
٢ – المحاليل .
٣ – باقي أدوية الإستعمال الخارجي .
فيجب أن تُوضع في مكان بعيد عن الأدوية التي تُستعمَل داخلياً .

(سادساً) ويجب بصفة عامة ، مراجعة الأدوية الموجودة يومياً ، للتأكد من وجودها بكميّات كافية ، لسد الحاجة اليها عند اللزم ، ويجب أن يتم هذا العمل بواسطة أخصائي من الصيدلية الخاصة بالمستشفى ، ويكون في مقدوره :

أ – إستبدالها .
ب – زيادتها حسب الضرورة .

أما إذا اتّسخت البطاقات الملصقة بأواني الأدوية ، أو تمزّقت ، فيلزم – في هذه الحالة – إعادتها إلى الصيدلية ، لتجديد البطاقات ، حتّى يمكن الإحتفاظ بها صالحة ونظيفة .

وإذا اتّبعت الممرضة ، الطريقة السليمة في صب الدواء من الزجاجة . من الجهة التي ليس بها البطاقة ، مع تنظيف الزجاجة جيداً بعد صب الدواء مباشرة . فإن البطاقات تظل نظيفة وسليمة لمدة طويلة .

وبعض الصيدليات تضع هذه الأدوية السائلة ، في زجاجات ذات بطاقات مدهونة عليها – حتّى تتحمل أي سوائل تُوجَد عليها ، ويمكن غسلها بسهولة دون إفسادها .

(سابعاً) ومن الضروري أن تُوفّر بدولاب الأدوية . إضاءة كافية . كما يلزم أن يوجد بجواره حوض به صنبور ماء جار نظيف – كما يلزم توفُّر المقاييس المضبوطة الدقيقة للدواء .

أنواع الأدوية التي تعطى بالفم

توجد أنواع عديدة من الأدوية معدة لتعاطيها بالفم وأهم أنواعها هي :
١ – الحبوب .

٢ ـ الأقراص .
٣ ـ الكبسولات .
٤ ـ المسحوق .
٥ ـ المحاليل .

(أولاً) : الحبوب والأقراص والكبسولات والمسحوق :

أ ـ يمكن أخذها بطريقة البلع بسهولة مع قليل من الماء .
ب ـ الأنواع التي يمكن إذابتها في الماء . بواسطة
١ ـ تكسيرها إلى قطع صغيرة .
او ٢ ـ وضعها في الماء حتى تذوب .
وذلك يجعل تعاطيها سهلاً على المريض .

ويلاحظ عدم إمساك هذه الأنواع من الأدوية باليد ، بأي حال من الأحوال بل يُتّبع ما يأتي :

١ ـ إذا كان للزجاجة غطاء مُجوّف ، فتُخرج من الزجاجة إلى تجويف الغطاء مباشرة .
٢ ـ توضع في كأس مُدرَّج به ماء حجمه مناسب ، لإذابتها ـ ثم يُعطى الكأس للمريض ليشرب ما فيه بعد إتمام الذوبان .
٣ ـ أو تقدَّم للمريض في إناء صغير نظيف أو على ورقة نظيفة ليبتلعها مع إعطائه كوب ماء .

(ثانياً) : المحاليل :

تعطى المحاليل بطرق مختلفة حسب طبيعتها فمثلاً :

١ ـ المزيج الصدري . الذي يُعطى في حالات الكحة ـ يَحسُن عدم مزجه بالماء أو عصير الفواكه ـ لأن ذلك يُبطِل مفعوله الموضعي المطلوب .
٢ ـ الأدوية التي تُفسِد الأسنان مثل :
أ ـ مزيج الحديد .

ب — الحوامض .

فتوضع في الكأس ثم تُمَص بالمصَّاصة من الكوب .

٣ — عند وضع أي محلول دوائي في كأس لإعطائه للمريض ، يجب :

أ — وضعه في كأس مُدرَّج لتحديد كميته .

ب — يوضع الكأس في مستوى العينين للتأكد من قياس كمية الدواء المطلوبة بدقة .

٤ — تستعمل القطارة في الأدوية التي تعطى وفقاً لعدد النقط المحدَّدة .

٥ — لتخفيف تأثير بعض الأدوية ذات الطعم غير المقبول ، يمكن وضع قطعة من الثلج في فم المريض أثناء تناولها ، كما في حالة البارلدهايد .

٦ — في حالة الأدوية الزيتية ، وشربة زيت الخروع ، فيمكن أخذ عصير الفواكه معها ، مع إضافة قليل من بيكربونات الصودا عند النوم .

طريقة اعطاء الدواء بالحقن

INJECTION MEDICATION

(أولاً) : الحقن تحت الجلد : Subcutanous Injection

هي ثاني الطرق شيوعاً في الاستعمال لإعطاء الدواء للمريض ،

(١) ويُكثر استعمالها في بعض الحالات مثل :

١ – في حالة الدواء الذي لا يمكن الإستفادة منه لو أُخِذ بطريق الفم فمثلاً « الأنسولين » ، لا يؤخذ من الفم ، لأن العصارة المعدية تُفسِده – ولذلك يؤخذ بالحقن تحت الجلد .

٢ – في بعض الحالات المرضية مثل :

أ – المرضى المصابون بالغيبوبة .

ب – المرضى المصابون بأمراض الجهاز الهضمي .

ج – مصابو الحوادث – للحاجة إلى سرعة إمتصاص الدواء .

٣ – في بعض الحالات يتحتّم على المريض أن يحقن نفسه بالدواء في منزله ، وهو يحتاج إلى ممرضة تعلمه الطريقة السليمة لذلك ، وكثيرون من أمثال هذا المريض قد استفادوا من هذه التجربة ، وأصبحوا يقومون بإعطاء أنفسهم الحقن بمهارة .

(٢) تحضير الدواء للحقن :

يُحضّر الدواء لإعطاء الحقن على أشكال مختلفة :

أ – محلول مائي :

إذا كان الدواء على هيئة أقراص أو بودرة ، فيذاب في ماء مُعقَم قبل حقنه مباشرة .

وإذا كان لا بد من بقائه على هيئة محلول ، فيحسن حفظه داخل :

١ — أمبولات معقمة .

٢ — زجاجات معقمة محكمة الغطاء .

ب — محلول زيتي :

جـ — مستحلب .

(٣) طريقة سحب الدواء من الأمبولات والزجاجات :

توجد الأدوية التي تُعطى بطريق الحقن إما في :

١ — أمبولات .

٢ — زجاجات ذات غطاء مطاطي .

١ — الامبولات :

معظم الأمبولات لها عنق في أعلاها لسهولة كسرها ، وإعدادها للاستعمال — ويجري ما يأتي :

أ — يرج الأمبول جيداً بقوة ، حتى نتأكد من خلو رأسها تماماً من الدواء ، وتجمعه في قاعها .

ب — تؤخذ قطعة شاش مُعقّمة ، لحماية أصابع الممرضة التي تمسك بها الأمبول بشدة .

جـ — يحضر مشرط معقم خاص .

د — يُضغط بالمشرط حول عنق الأنبوب حتى ينفصل عن الجسمَ .

هـ — تلقى رأس الأمبول وقطعة الشاش في الحوض الكلوي .

و — يوضع الأمبول على الصينية .

ز — تدخل إبرة الحقنة في الأمبول لسحب الدواء ، مع ملاحظة شدة الحرص في عدم لمس الإبرة للزجاجة لمنع أي إحتمال

للعدوى .

ح – يرفع الأمبول بمهارة بين اصبعين من أصابع إحدى اليدين – وتمسك اليد الأخرى بالحقنة وتسحب كمية الدواء الباقية في الأمبول .

ط – تحاط إبرة الحقنة بقطعة شاش معقمة ومبللة بالكحول . أو تحاط بقطعة جافة معقمة من الشاش فقط .

ي – ينظف جلد المريض – في المكان المحدّد لإعطاء الحقنة – بقطعة قطن مبللة بالكحول ، وذلك بحركة دورانية تبدأ من النقطة التي ستغرس فيها الإبرة ، ثم إلى الأجزاء المحيطة بها بالتدريج .

وبذلك تُمنع أي عدوى في مكان إعطاء الحقنة من الجسم .

ك – في حالة تعرُّض جسم المريض إلى القذارة من إفرازاته ، فيجب : تنظيف المكان كله بالماء والصابون جيداً ، ولا يعتمد على الكحول فقط ، وخاصة في حالة إعطاء حقن في الأليتين .

اذ يجب الحرص على نظافتها نظافة تامة ، حتى لا يتعرَّض المريض للعدوى أثناء إعطائه حقنة . والتي قد تؤدي إلى إصابته بالغرغرينا والوفاة .

٢ – الزجاجات :

قد يوضع الدواء في زجاجات معقمة محكمة الغطاء المطاطي ، وفي مثل هذه الحالة يتبع ما يأتي :

أ – يُعقم الغطاء المطاطي للزجاجة بالكحول قبل إدخال الإبرة .

ب – تدخل كمية من الهواء بواسطة إبرة ا لحقنة ، في الزجاجة ، حتى يمكن سحب الدواء منها بسهولة .

ج – يتبع باقي ما سبق في حالة الأمبولات .

(٤) تعقيم الحقن للعلاج بالمنزل :

يتعلّم كثير من المرضى وأفراد عائلاتهم ، كيفية إعطاء الحقن في المنزل ،

ولذلك تواجههم مشكلة تعقيم الحقن – ولكن أمكن بالتجربة التّغلّب على هذه المشكلة وذلك بواسطة :

١ – غلي الحقن والإبر غلياً جيداً في المنزل .

وما دام استعمالها قاصراً عليهم فقط ، فان إحتمالات نقل العدوى تقل إلى حد بعيد – ويغلب في مثل هذه الأحوال أن يكون إستعمالها قاصراً على الشخص المريض من العائلة وحده فقط .

٢ – لا يُغطّى سن الإبرة بقطن أو شاش غير معقّم .

٣ – تستعمل قطعة من القطن مبلّلة بالكحول فقط ، لتنظيف مكان إعطاء الحقنة ، والتي تكون عادة في الفخذ .

ويلاحظ أن المريض الذي يُعطي نفسه الحقنة في المنزل ، لا يمكنه أداء هذا العمل في أمكنة أخرى من جسمه مثل :

أ – الألية .

ب – الذراع .

ويجب في مثل هذه الحالة أن يُغيّر مكان غرس الإبرة ، في كل مرة حتى لا يلتهب الجلد .

٤ – يجب تجربة سن الإبرة ، للتأكد من سلامتها قبل الإستعمال .

٥ – يجب أن لا يكون بالإبرة أي إنثناء يعرضها للكسر ، عند غرسها في الجلد .

ويجب تنبيه المريض الذي يعطي لنفسه الحقنة بهذه الحقيقة تلافياً لما قد يحدث من أضرار .

وتجرى تجربة الإبرة كما يأتي :

أ – يُمرَّر سن الإبرة من الجهتين على قطعة قطن ، . أو

ب – على ظاهر اليد ، قبل التعقيم لمعرفة صلاحيتها من عدمه ، فإذا :

١ – التصق القطن بقمة الإبرة .

أو ٢ – حدث خدش لظاهر اليد

فمعنى ذلك أن سِنّها ليس حاداً ، وأن استعمالها يؤذي الجلد .

جـ – التأكد من أن الإبرة ليست مسدودة – وذلك بتمرير السلك الخاص بها داخلها .

ومُعظَم المستشفيات تستعمل الآن «الحقن المعقمة» ذات الاستعمال الوحيد، وهي ذات فائدة مزدوجة للطرفين ـــ المريض والمؤسسة. ذلك لأنها:

١ – جاهزة التعقيم .

٢ – تستعمل لمرة واحدة فقط .

وبعد استعمالها مباشرة :

أ – تُثنى إبرتها .

ب – يتخلّص منها فوراً .

وتستعمل حقنة خاصة « للأنسولين » ذات تدرجات خاصة مختلفة عن تدرجات الحقنة العادية .

كما توجد الآن طريقة حديثة سهلة ، لإعطاء الحقن « بطريقة الضغط » وبدون إستعمال إبر ، وهي مريحة للمرضى والأطباء على حد سواء ، وتسمى (Jet Injector)

(٥) طريقة تعقيم الحقن والإبر :

يجري ما يأتي لتعقيم الحقن والإبر .

١ – يُفصل المكبس عن الأسطوانة .

٢ – يتأكّد من صلاحية الإبرة ، بإمرار السلك فيها ، وأن سنها حادّ .

٣ – يُغسَل بالماء البارد والصابون :

أ – المكبس .

ب – الاسطوانة .

جـ – الإبرة .

٤ – توضع جميعاً في إناء به ماء بارد نظيف .

٥ – يُوضع الإناء بما فيه على النار ، ليُسخن تدريجياً حتى يغلي .

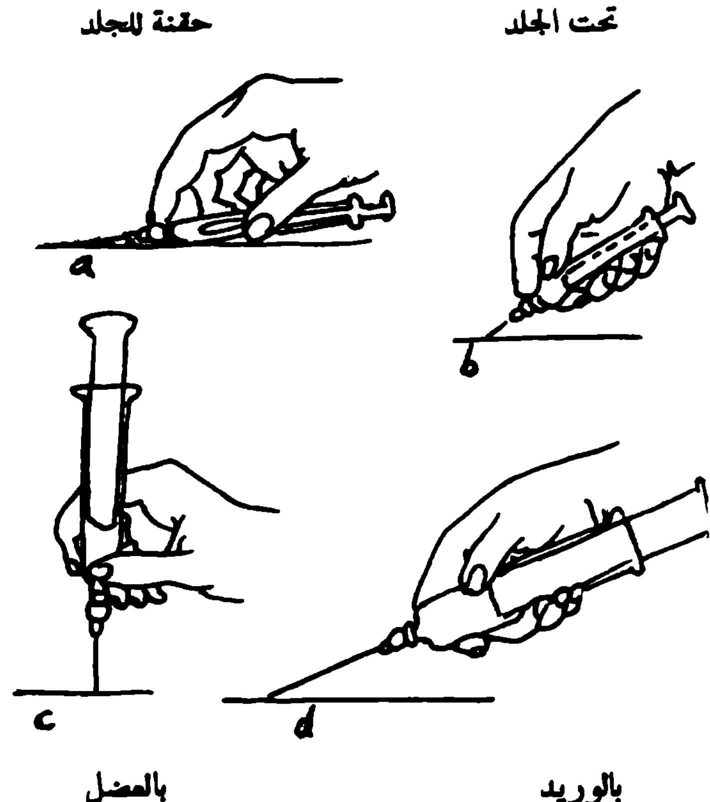
٦ – يترك الإناء ليغلي ماؤه بما فيه لمدة خمسة عشر دقيقة من بدء غليان الماء أو تستعمل غلاية كهربائية بدلاً من الاناء إذا وجدت ويُستحسَن ما يأتي :

أ – لف الأسطوانة في قطعة من الشاش .

ب – لف المكبس في قطعة أخرى من الشاش .

ج – غرس الإبرة في قطعة من الشاش .

وذلك قبل وضعها في الإناء .



شكل الحقنة عند الإدخال a – في الجلد b – تحت الجلد c – في العضل d –في الوريد .

Needle injections. Note position of needle in each injection : a, intradermal, b; subcutaneous, c; intramuscular, d; intravenous.

٧ - بعد إتمام الغليان . ترفع هذه الأدوات من الماء المغلي بجفت مُعقّم . وتوضع فوق غيار مُعقّم في إناء معقم ذو غطاء .

خطوات إعطاء الحقن تحت الجلد وقواعدها

(أولاً) : الغرض :

١ ــ الغرض هوحقن دواء في الجسم بواسطة الأنسجة تحت الجلد Subcutanous Injection
٢ ــ للحصول على مفعول سريع للدواء.
٣ ــ لحقن دواء غير مرغوب في تفاعله مع أنزيمات المعدة.

(ثانياً) : الأدوات اللازمة :

يلزم إعداد ما يأتي :

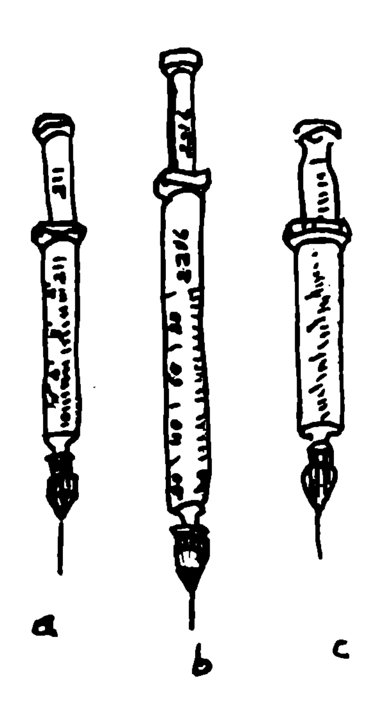
١ - صينية للحقن .
٢ ــ إناء مُعقّم به قطعة من الشاش المغموس في الكحول .
٣ ــ إناء معقم به قطع قطن معقمة .
٤ ــ إناء به ديتول (Dettol) تركيز ١٠٪ .
٥ ــ جفت معقم يوضع في الإناء الذي به الديتول .
٦ ــ حُقن معقمة .
٧ ــ إبر معقمة .
٨ ــ حوض كلوي مُعقّم .
٩ ــ حوض كلوي لوضع الأشياء المستعملة .
١٠ ــ مشرط للامبولات .
١١ ــ مشمع فتر .

ملحوظة :

١ ــ يجب التأكد من كارت العلاج الخاص بالمريض (اسم المريض نوع الدواء الجرعة ــ طريقة اعطاء الدواء) .
٢ ــ يجب اعداد المريضة نفسياً بشرح وافى لما سيعمل لهاً .

(ثالثاً) : الخطوات والقواعد :

الخطوة المقترحة	القاعدة
١ – تُحضّر الأدوات والدّواء والحقن ، والإبرة تبعاً لاجراءات المؤسسة .	
٢ – يُوضع الدواء ، والأدوات المعقمة نصب العينين .	الأدوات المعقمة البعيدة عن العينين يجوز أن تتعرّض للتلوث .
٣ – يُسحَب الدواء في الحقنة ، ويُحافظ عليها بتغطية الإبرة بقطعة قطن أو شاش معقم ، مع وضعها في إناء معقم	طول مدة تعرُّض الحقنة للهواء أو الرطوبة ، يجعل الإبرة عرضة للتلوُّث .
٤ – تحمل الحقنة للمريض على صينية أو عربة دواء .	حفظ الحقنة في مكان مسطح ، يقلل من تحركها الذي قد يتسبّب عنه فقد بعض الدواء .
٥ – تُنظّف منطقة الجلد التي ستُعطى فيها الحقنة – بقطعة من الشاش المُبلّل بالكحول – بقوة وبحركة دائرية مع الخروج من وسط مركز المنطقة إلى ما حولها .	الدعك يساعد على نظافة الجلد ، والمنطقة النظيفة تتعرض للتلوث لو مرّ عليها أي شيء مُلوّث .
٦ – يقبض على المنطقة التي تحيط موضع الحقنة وتُمسك باحتراس .	إمساك الطبقة تحت الجلد بين الأصبعين ، يساعد على إدخال الإبرة في الأنسجة .
٧ – يمكن غرس الإبرة بسرعة في زاوية من ٣٠° – ٦٠° درجة	النسيج تحت الجلد يكون واضحاً في الشخص السليم .



Type of Syrings : a, Insulin Syringe b, Tuberculin Syringe c, Hypodermic Syringe.

ثلاثة أنواع من الحقن :

الخطوة المقترحة	القاعدة
حسب سمك الجلد .	
٨ – بعد إدخال الإبرة ، يُرفع ضغط الأصابع على منطقة الحقن .	إعطاء الحقنة في النسيج المضغوط ، ينتج عنه ضغط على الأنسجة تحت الجلد يعيق تسرُّب الدواء اليها ، وينتج عنه إزعاج المريض .
٩ – يُسحَب مكبس الحقنة قليلاً ، للتأكد من عدم وصول الإبرة إلى أحد الأوعية الدموية .	دخول الإبرة إلى أحد الأوعية الدموية ، يؤدي إلى سريان الدواء في الدم مباشرة .

القاعدة	الخطوة المقترحة
سرعة دفع الدواء من الحقنة إلى الأنسجة تحت الجلد ، يُسبِّب ضغطاً في الأنسجة ينتج عنه عدم راحة المريض .	١٠ – إذا لم يظهر الدم في الحقنة – فيُدفَع الدواء ببطء بالضَّغط على المكبس .
سحب الإبرة ببطء، يُسحَب معها الجلد محدثة ألماً للمريض .	١١ – بعد دفع كل كمية الدواء ، تُسحب الإبرة بسرعة .
يساعد الدلك على توزيع الدواء في الأنسجة وامتصاصه .	١٢ – تُدلك المنطقة بلطف بقطعة من الشاش بها كحول .
	١٣ – يُسجّل إعطاء الحقنة في تذكرة المريض .
إذا لم تُغسَل الحقنة جيداً بالماء البارد فقد يتجمّد بها الدم .	١٤ – يعتنى بالأدوات بعد استعمالها ، وخاصة الحقنة فـ :
	أ – يُغسَل المكبس بالماء البارد الجاري ثم يلف في قطعة الشاش .
	ب – تُغسَل الأسطوانة بالماء البارد الجاري ، ثم تُلَف بقطعة من الشاش .
	ج – يوضع الجزءانفي الغلاية لمدة ١٥ دقيقة .

١٥ – تعاد الأدوات بعد تنظيفها وتعقيمها إلى أماكنها الأصلية .

١٦ – تسجل في ملاحظات المريض في التذكرة.

١٧ – يترك المريض ليرتاح .

(ثانياً) : خطوات إعطاء الحقن في العضل أو الاليتين وقواعدها :

الغــرض :

الغرض هو إعطاء الحقنة في العضل : Intramuscular Injection

الأدوات اللازمة :

تُعَد الأدوات الآتية :

١ - صينية حُقَن معقمة بها ما يأتي :

أ - إناء مُعقّم ذو غطاء به شاش مغموس في الكحول .
ب - حقن معقمة ملفوفة بشاش معقّم .
ج - إبَر معقمة ملفوفة بشاش معقم .
د - توضع الحقن والإبر في الإناء المعقم مغمورة في الكحول الموجودبه
هـ - حوض كلوي معقم .
و - إناء به كحول أو ديتول ٧ - ١٠٪ .
ز - جفت تشريح - يوضع في الإناء السابق .
ح - إناء معقم به قطع من القطن مغمورة في الكحول .
ط - حوض كلوي لوضع الأشياء المستعملة .
ى - إناء به :

١ - الأدوية التي ستستعمل .
٢ - مشرط .
٣ - إمبولات .
٤ - ماء مقطر .

ك - مشمع متر .

ملحوظة :

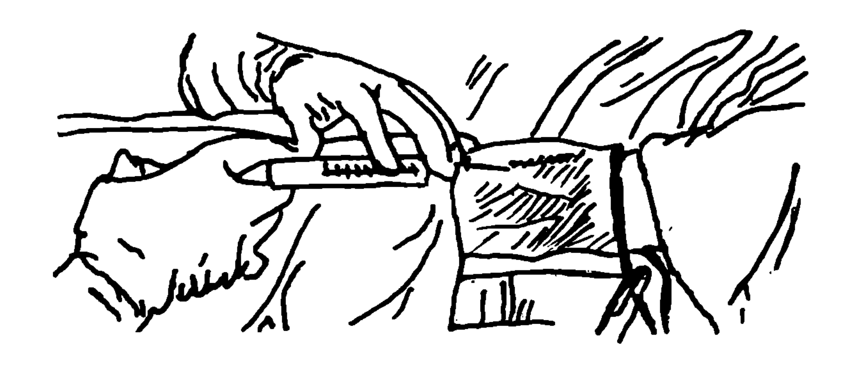
١ - تبلغ المريضة بما سيعمل لها . ٢ - يحدد مكان اعطاء الحقنة في العضل .

الخطوة المقترحة	القاعدة
١ – يرقد المريض على السرير أو منضدة الكشف ، ماداً ذراعيه بجواره على جانبيه ، وماداً ساقيه بحيث يكون قدماه على حافة المرتبة وأصابع قدميه مضمومة .	إعطاء الحقنة في عضلات منقبضة ، تسبِّب ألماً للمريض .
٢ – تُحدَّد الزاوية الداخلية للمنطقة العليا الوحشية الخارجية .	الزاوية الداخلية للمنطقة الوحشية العليا الخارجية ، تحمي العصب الوركي والأوعية الدموية الكبيرة .
٣ – يُرَبَّت بلطف على المكان المختار لإعطاء الحقنة بالأصابع عدة مرات .	تنبيه الأعصاب السطحيـــة يُساعد على تخفيف بداية التفاعل عند ادخال الإبرة .
٤ – تغسل الممرضة يديها جيداً .	
٥ – تُنظَّف المنطقة المختارة لإعطاء الحقنة بقطعة مـــن الشاش مغمورة بالكحول – تنظيفاً جيداً .	وجود أي مصدر للتلوُّث على الجلد ، يمكن أن يُسرِّب العدوى إلى الجسم مع الإبرة .
٦ – يُستعمَل الأصبـــع الكبير مع الاصبعين الأولين ، في الضغط على النسيج بقوة وناحية الفخـــذ .	الضغط على النسيج تحت الجلد ، يُساعِد على إدخال الإبرة في العضل .
٧ – تُمســـك الحقنة في وضع أفقي ، قبل غرس الإبرة	قوة الجاذبية ، ربما تُغيِّر وضع الحقنة ، وتُسبِّب فقدان

الخطوة المقترحة	القاعدة
في العضل .	بعض الدواء .
٨ – تُغرس الإبرة في العضل بحيث تكون بزاوية ٩٠° .	سرعة إعطاء الحقنة تُقلّل من الألم .
٩ – بمجرد إدخال الإبرة في العضل . يُسحب المكبس ببطء . للتأكد من أن الإبرة لم تدخل في أحد الأوعية الدموية – وإذا لوحظ وجود دم – تسحب الإبرة وتجرى العملية مرة أخرى .	النسيج العضلي وعائي والأدوية التي تدخل في مجرى الدم – تُمتَص مباشرة .
١٠ – إذا تم التأكُد من عدم دخول الإبرة في أي وعاء دموي – يحقن الدواء بالضغط ببطء على المكبس – ويلاحظ وجود فقاعة هوائية في أعلا المكبس .	الفقاعة الهوائية تُسبِّب دفع الدواء في قناة الإبرة ، وتمنع تدفقه في العضلات والأنسجة تحت الجلد ، عند سحب الإبرة .
١١ – بعد الإنتهاء من حقْن كل الدواء الذي في الحقنة ، تُسحَب الإبرة بسرعة .	بطء سحب الإبرة ، يشد النسيج الجلدي ويُسبِّب الألم للمريض .
١٢ – تُدلّك المنطقة التي أعطيت فيها الحقنة بقطعة من الشاش بها كحول .	يساعد التدليك على توزيع الدواء وامتصاصه .
١٣ – يسجل إعطاء الحقنة في تذكرة المريض .	
١٤ – تنظف الحقنة والأدوات	

القاعدة	الخطوة المقترحة
	كما سبق . وتُعقّم الحقنة والإبر . ١٥ – تعاد الأدوات بعد تنظيفها وتعقيمها إلى أماكنها الأصلية . ١٦ – يترك المريض ليرتاح .

(طريقة إعطاء الحقن في الوريد)



(١) إدخال الحقنة في الوريد

(ثالثاً) : طريقة إعطاء الحُقَن في الوريد وقواعدها

الغـــرض :

هو إعطاء كمية من الدواء في الوريد Intravenous Injection وحُقَن الوريد ، يُقصَد بها « إعطاء محاليل أو أدوية في الوريد مباشرة » .

بعض المؤسسات ، تُحمِّل ممرضاتها بعض مسئوليات إعطاء أنواع مُعيّنة

من العلاج في الوريد – ولذلك تحتاج الممرضة إلى إعداد خاص نظرياً وعملياً – في هذه الناحية ليمكنها القيام بهذه المهمة .

وتعطى الحقن في الوريد لسببين :

(أولاً) : إعطاء سوائل أو محاليل للجسم .

(ثانياً) : إعطاء بعض الأدوية المراد سرعة تأثيرها .

والسوائل التي تعطى في الوريد ، الغرض منها حفظ كمية السوائل في الجسم ، والتي تتكون من ثلاثة سوائل وهي :

١ – بلازما الدم – وهي أحد مكونات الدم . Blood Plasma

٢ – السوائل حول الخلية – وتحيط بخلايا الجسم .Interstitial Fluids

٣ – السوائل داخل الخلية–وتوجد داخل خلايا الجسم . Intracellular Fluids

ويلاحظ أن :

أ – تجمُّع سوائل بكمية زائدة حول خلايا الجسم ، يُسبِّب **تورُّماً** في هذا الجزء – وهذه السوائل الزائدة حول خلايا الجسم تسمى « **إديما** » Edema .

ب – ان السوائل الداخلية للخلية ، موجودة في كل خلية .

ج – إذا فقد الجسم سوائله ولم يُعوَّض عنها يحدث :

١ – جفاف في البلازما .

ثم ٢ – جفاف حول الخلايا .

ثم ٣ – جفاف في الخلايا نفسها .

وهذا الفقر لا يحدث عادة في حالة الصحة ، ولكنه يحدث بسرعة أثناء المرض ، إذا لم يُعتن العناية الكافية بالمريض .

ولذلك فانه عند حدوث : –

١ – **القـــيء** .

٢ – عقب العمليات الجراحية .

٣ – حالات الإغماء .

٤ ـ حالات الإسهال المستمر .

لا يتمكن المريض من تناول أي شيء عن طريق الفم ، مِمّا يُسبِّب جفافاً سريعاً في الجسم ، وبسبب ما فقده أيضاً من السوائل الموجودة في جسمه أثناء هذه الأحداث .

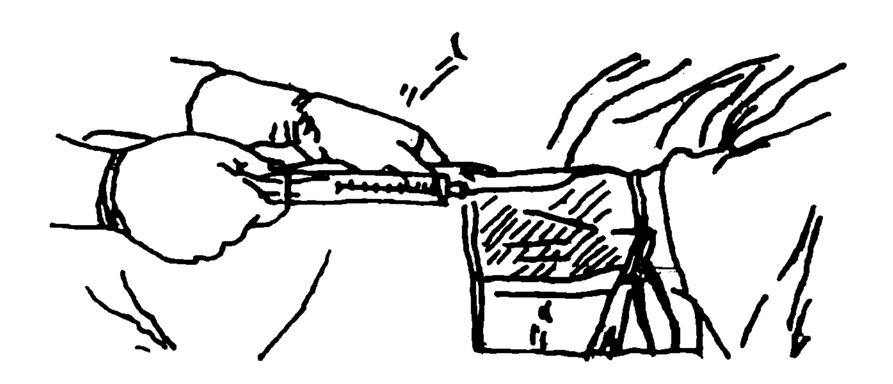
ولذلك يُعوَّض الفقد في سوائل الجسم ، باعطائه حقناً وريدية بالسوائل الضرورية لإنقاذه .

٥ ـ مكان اعطاء الحقنة :

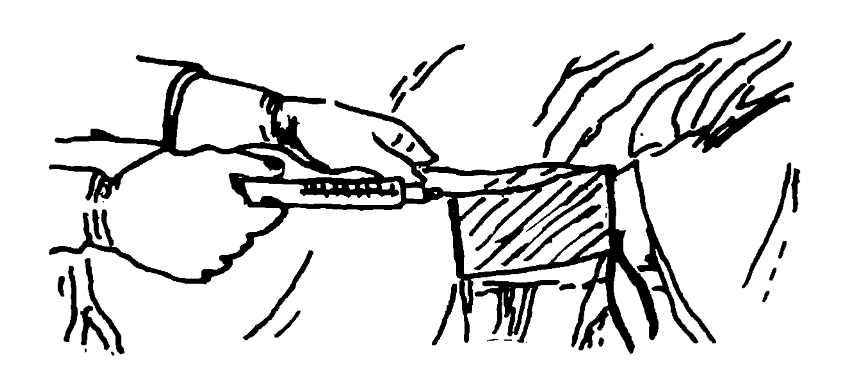
أحد الاوردة الكبيرة الظاهرة في ثنية مفصل الكوع .

٦ ـ الأدوات اللازمة :

١ ـ جهاز المحلول .
٢ ـ زجاجة المحلول .
٣ ـ اناء معقم به قطع من القطن مغمورة في الكحول .
٤ ـ حقن وابر معقمة .
٥ ـ جفت معقم .
٦ ـ مشمع .
٧ ـ ترتيكيه .
٨ ـ مشمع لصاق .
٩ ـ مقص .
١٠ ـ كحول .
١١ ـ شاش وقطن .
١٢ ـ مسند يد .
١٣ ـ رباط شاش .
١٤ ـ حوض كلوى .



(شكل ٢) إبهام اليد اليسرى يُمسِك بالجلد لإدخال الإبرة
واليد اليمنى تُمسِك بالحقنة لإدخـــال الدواء في الوريد



If holding the Syringe with the needle dian cephalic vein.

(شكل ٣) طريقة إمساك الحقنة بعد غرس الإبرة في وسط الوريـــد

طريقة اعطاء الحقن في الوريد سواء كانت محاليل أو أدوية

الخطوة المقترحة	القاعدة
١ – يرقد المريض على ظهره في سرير .	الرقاد على الظهر يسمح باستعمال كل من الذراعين ، وهما في وضع مريح .
٢ – يوضع الذراع على لوح خشب .	تحركات الذراع ، تُحرّك الوريد – مما يُسبّب تغيير وضع الإبرة – الذي قد ينتج عنه إحداث جلطة دموية في الدورة الدموية .
٣ – يربط الذراع برباط تورنيكيه ، أسفل العضد بحوالي ١,٥ بوصة ، أعلى المكان المحدّد لإعطاء الحقنة .	
٤ – يربط الذراع مع اللوح برباط من الشاش ، أو يُلصق بمشمع لصاق .	
٥ – يُربَط التورنيكيه ، بحيث تكون حافته بعيدة عن مكان إعطاء الحقنة .	الإندفاع غير المنتظم للدم إلى القلب ، يُسبّب نفور الأوردة ، فتسهل رؤيتها . هذا ويجب أن يكون التورنيكيه مُعقّماً لئلا يُلوّث منطقة إعطاء الحقنة .
٦ – تغسل المرضة يديها جيداً .	
٧ – يطلب من المريض أن	انقباض العضلات السفلى

الخطوة المقترحة	القاعدة
يفتح يده ويقبضها ، في الوقت الذي ترتبه الممرضة ، وتراقب ظهور الوريد المناسب لاستعماله .	للذراع ، يدفع الدم في الأوردة ، ويجعلها تنفَر وتظهر .
٨ – يُدلَك مكان إعطاء الحقنة ، بقطعة من الشاش المبلّل بالكحول لتنظيفه وتطهيره .	التلوُّث الموجود على الجلد ، يُمكِّن الميكروبات من الدخول إلى الأنسجة أو الأوعية الدموية ، مع إبرة الحقنة .
٩ – يُستعمل الأصبع الكبير للضَّغط على الوريد والنسيج الخلوي المحيط به ، على بعد حوالي ٢ بوصة تحت مكان إعطاء الحقنة .	الضغط على الوريد ، والأنسجة المحيطة به ، يساعد على منع تحرك الوريد ، عند دخول الإبرة .
١٠ – تُمسَك الحقنة مائلة بزاوية ٤٥° درجة ، على الوريد ، في نقطة تبعد حوالي ١/٢ بوصة من موضع انتفاخ الوريد .	الضغط المطلوب لثقب الجلد ، يمكن أن يكون كافياً لدفع الإبرة في الوريد ، في زاوية غير مضبوطة ، أو ربما عكس المطلوب .
١١ – بعد إدخال الإبرة في الجلد ، تُقلّل زاويتها تدريجياً إلى أن تصبح موازية للذراع ، متبِّعة نفس إتجاه الوريد .	إتباع مجرى الوريد ، يمنع الإبرة من تركه إلى أي موضع آخر .
١٢ – عند ظهور الدم ، تُدفَع الإبرة في الوريد حوالي ٣/٤ – ١ بوصة .	جدار الوريد ، لا يُحدِث أي مقاومة لتحرُّك الإبرة ، ووضع الإبرة وضعاً جيداً ، يساعد على عدم انزلاقها .

القاعــدة	الخطوة المقترحــة
الوعاء الدموي المُغلَق يمنع وصول المحاليل إلى الدورة الدموية .	١٣ – يُفَك التورنيكيه .
يمكن تجلُّط الدم في الإبرة ، إذا لم يكن هناك حركة للمحلول في الدم .	١٤ – يُرفَـع الضَّاغِط ، ويُترك المحلول للدخول في الوريد، ويجوز دفع مكبس الحقنة بلطف إذا كان الدواء يُعطى بالحقنة فقط – أما إذا كان محلول ملح أو جلوكوز فإنه سيتسرَّب وحده دون دفـع خارجي .
ضغط جدار الوريد على فتحة الإبرة ، يُعيق سرعـة تدفُّـق المحلول – كما أن جدار الوريـد يمكن أن يتمزّق بسهولة بواسطة الإبرة عند تحرُّكِها .	١٥ – تُثَبّت الإبرة بقطعة من المشمع اللاصق ، لحفظها ثابتة في مكانها .
أ – رقة جدار الوريد ، لا تُكوِّن مقاومة لتحركات الإبرة . ب – وزن أنبوبة الجهاز ، يكون كافياً لجذبها لإخراجها من الوريد .	١٦ – تُثَبّت أنبوبة جهاز المحلول ، لتمنع حدوث أي شد على الإبرة .
	١٧ – تُضبَط سرعة تَدَفُّق المحلول .
	١٨ – يُسجّل كل شيء في تذكرة المريض .

سرعة تدفُّق المحلول :

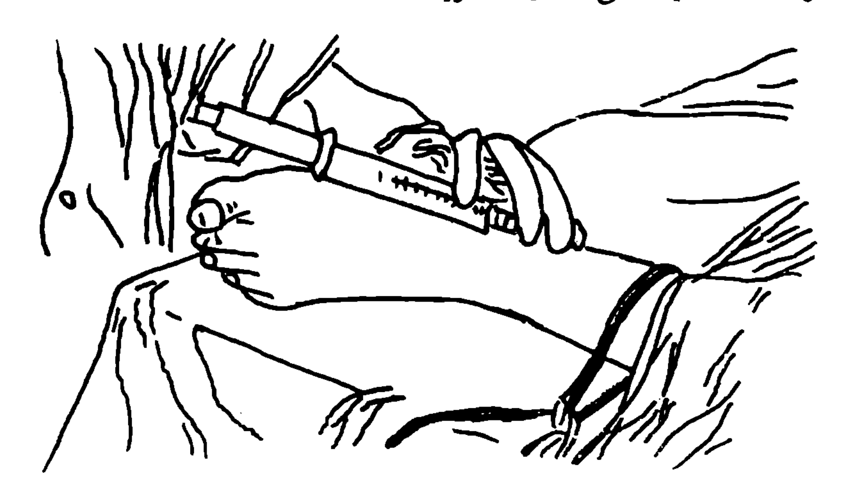
الممرضة هي المسئولة عادة . عن ضبط تَدفُّق المحلول إلى الوريد بمعدل ٤٠ ـ ٦٠ نقطة من المحلول في الدقيقة ، وهي النسبة العادية للتدفُّق .

وقد يوصي الطبيب بزيادة المعدل أو تقليله طبقاً :

١ ـ لحالة المريض .

٢ ـ نوع المحلول المُعطى .

ويجب ملاحظة أن سرعة تدفق المحلول ، هي شيء جوهري خطير ، لأنها تُكوِّن حملاً ثقيلاً على الدورة الدموية .



(٤)

وضع الحقنـــة والإبرة في الوريد الموجود في مفصـــل القدم

والممرضة مسئولة أيضاً عن ملاحظة استمرار تدفُّق المحلول في الوريد ، لأن الإبرة إذا خرجت من الوريد :

أ ـ يتدفق المحلول تحت الجلد .

ب ـ ينتفخ النسيج حول الإبرة .

وإذا حدث ذلك فعلى الممرضة أن تضغط فوراً على المشبك الموجود حول الأنبوبة لمنع تدفق السائل .

وإذا شكّت الممرضة في عدم وجود الإبرة في الوريد ، فيمكنها أن تُمسك بزجاجة المحلول ، وتخفّضها عن مستوى الوريد ، فإذا ظهر الدم في الأنبوبة ، تأكّد لها أن الإبرة ما زالت في الوريد . أما إذا اتّضح لها أن الإبرة ليست في الوريد ، فعليها أن تسحبها فوراً ، لتعيد وضعها في الوريد وضعاً صحيحاً .

وقد يكون عدم ظهور الدم في الأنبوبة ، ليس ناتجاً عن عدم وجودها في الوريد – بل ناتجاً من انسدادها بجلطة من الدم ، وعلى الممرضة في هذه الحالة ، أن تحذر بشدة من محاولة دفع الجلطة إلى الدورة الدموية للمريض .

إيقاف إعطاء المحلول في الوريد :

عندما يتم إعطاء المريض كل كمية المحلول التي أوصى بها الطبيب ، فيجب على الممرضة أن تُوقِف إعطائه أي كمية أخرى من المحلول – بإجراء ما يأتي :

١ – يُرفع المشمع اللاصق .
٢ – تُنزع الإبرة من الوريد بسرعة .
٣ – يضغط على الوريد مباشرة في مكان الإبرة لمدة دقيقة . وذلك بقطعة من الشاش مبللة بالكحول .

ملاحظات الممرضة :

يجب على الممرضة أن تضع المريض تحت ملاحظتها الدقيقة ، عقب انتهاء حقنة الوريد ، لتتأكد من عدم حدوث أي رد فعل للمحلول على المريض ، وتظهر عادة آثار رد فعل حقن السوائل والمحاليل في الوريد :

١ – أثناء أخذ المحلول . أو
٢ – بعد الانتهاء من أخذه مباشرة . أو

أو ٣ ـ خلال ٢٤ ـ ٤٨ ساعة من انتهاء أخذ المحلول . ويحدث هذا الرد فعل نتيجة :

أ ـ خطأ في طريقة إعطاء المحلول .

ب ـ من الأدوات المستعملة .

جـ ـ من وجود حساسية ضد المحلول عند المريض .

ولحسن الحظ ، فقد أصبحت الآن حالات رد الفعل قليلة بسبب :

١ ـ تطور التعقيم .

٢ ـ تحسين طرق تحضير المحاليل .

٣ ـ حُسن استعمال الأدوات المتاحة .

رد الفعل المباشر :

يتميز رد الفعل المباشر لحقن المحاليل في الوريد بما يأتي :

١ ـ سرعة الحدوث .

٢ ـ القــيء .

٣ ـ الصــداع .

٤ ـ ضيق التنفس .

٥ ـ سرعة النبض .

٦ ـ الصدمة .

ويظهر في رد الفعل المتأخر :

أ ـ القــيء .

ب ـ الصدمــة .

ويجب على الممرضة عند ظهور أي علامة من العلامات السابقة ـ إجراء ما يــأتي :

١ ـ إيقاف إعطاء المحلول للمريض مباشرة .

٢ ـ إخطار الطبيب المعالج فوراً .

نقل الدم

الهدف من نقل الدم:

١ ــ لاضافة مكونات الدم عند الحاجة اليها لمقاومة امراض الدم المتعددة.

٢ ــ لزيادة كمية الدم بعد العملية الجراحية أو بعد النزيف أو حتى قبلها.

توجيهات هامة:

تؤخذ درجة حرارة المريض قبل بدء سريان الدم مع دقة الملاحظة لظهور اى بوادر للحساسية.

الحساسية التي تتسبب من نقل الدم وأعراضها:

١ ــ ترتفع الحرارة مابين ساعة و٢٤ ساعة بعد نقل الدم أو أثنائه.

٢ ــ رعشه.

٣ ــ أريتكريا (هرش).

٤ ــ غثيان وقيء.

٥ ــ صعوبة في التنفس.

٦ ــ صداع.

٧ ــ الم بالظهر.

٨ ــ دم بالبول.

ملحوظة:

لو ظهرت هذه الأعراض على المريض يجب ايقاف نقل الدم مباشرة ومخابرة الطبيب مع عدم اخراج الإبره إلا بأمره.

الادوات اللازمة:

تماثل أدوات إعطاء حقن الوريد والاختلاف هو زجاجة الدم والجهاز الخاص بنقل الدم بدلا من زجاجة وجهاز المحلول.

العناية التمريضية :

١ ـــ تدفئة المريضة بقرب الماء الساخن بالإضافة لتغطيتها بالبطانية .

٢ ـــ تعطى المريضة سوائل دافئة .

٣ ـــ تنفذ توصيات الطبيب باعطاء العلاج المناسب من حقن وخلافه .

٤ ـــ تؤخذ عينة لفحص كرات الدم الحمراء .

البلازما

تتبع طريقة اعطاء وتركيب نقل الدم مع الاختلاف بين الزجاجتين .

الاحتياطات اللازمة :

١ ـــ لابد من حفظ السائل في الثلاجة الكهربائية لأن حرارة الجو تفقدها البروثروجين ومحتوياتها .

٢ ـــ كما أن البلازما المتجمدة يجب حفظها في الثلاجة الكهربائية .

٣ ـــ لكن البلازمة الجافة يمكن حفظها في درجة حرارة الغرفة وعند بدء استعمالها تخفف الماء المقاطر وفق ارشادات الشركة المنتجة له .

استنشاق الاوكسيجين

INHALATION

أولا : تعريف التنفس :

عملية التنفس هي إحدى العمليات الحيوية الإنسانية ، التي يقوم بها الإنسان ، وفيها يأخذ الأوكسيجين اللازم لحياته من الهواء الجوي ، عن طريق الأنف حتى يصل إلى الرئتين ، حيث يمكن للدم أن يأخذ حاجته منه لأكسدة مكوناته ، وإنتاج الحرارة والجهد اللازمين للجسم — ثم يُوزّع الدم هذا الأوكسيجين على أنحاء الجسم لتأخذ خلاياه حاجتها منه ، ويسمى هذا الجزء من عملية التنفس « الشهيق » .

وينتج من هذه العملية تكوُّن ثاني أكسيد الكربون وبخار الماء ، اللذان يحملهما الهواء الخارج من الرئتين عن طريق الفم إلى خارج الجسم في عملية « الزفير » ، وبذلك يتخلّص الجسم من بعض المواد الضارة .

ولا يمكن للجسم أن يختزن من الأوكسيجين أثناء عملية استنشاق الهواء الطبيعي (الشهيق) في داخل الرئتين أو في أنسجته ، ما يمكنه أن يرجع اليه عند الحاجة .

ولذلك يُلجأ إلى الاستعانة بالأوكسيجين الصناعي ، عند الضرورة فيما يسمى بعملية « (استنشاق الأوكسيجين) . . « **Inhalation** » .

فعندما لا يمكن للانسان استخلاص كل ما يلزمه من أوكسيجين الهواء الجوي . والذي يكفي حاجة الدم لاتمام عمليات الأكسدة فيه — لأي سبب من الأسباب — يُصاب الإنسان « بضيق التنفس » « **Anoxia** »، ويحتاج إلى استنشاق

الأوكسيجين لتعويض ما ينقصه منه ، ولذلك يجب إسعافه بسرعة ، بتوفير ما يحتاجه من أوكسيجين حتّى لا يختنق ويموت .

ولهذا فيجب أن تكون الممرضة مُلمّة إلماماً تاماً . بكيفية إعطاء الأوكسيجين للمريض بطريقة صحيحة .

وكثيراً ما تحدث حالات قلة كمية الأوكسيجين اللازمة . في دم بعض المرضى ، مع استنشاقهم للهواء الطبيعي مثل :

١ ـ حالة الالتهاب الرئوي : (النيمونيا) Pneumonia

تقل قدرة الرئتين على استخلاص حاجتهما من الأوكسيجين من الهواء الجوي العادي ، أثناء عملية التنفس الطبيعية بسبب التهاب الرئتين . ولذلك فلا بد من الإستعانة بالأوكسيجين في عملية « استنشاق الأوكسيجين حتّى يمكن إمداد الدّم بحاجته الطبيعية من الأوكسيجين .

٢ ـ في بعض أمراض القلب :

يتعذّر على الإنسان ، أن يحصل على حاجته من الأوكسيجين من الهواء الجوي الذي يتنفسه ، وتظهر عليه علامات « ضيق التنفس » .
ولذلك يلجأ إلى مساعدة المصاب بـ « استنشاق الأوكسيجين » . لتخفيف الضيق الذي يشعر به ، وإراحته .

٣ ـ في حالات الراحة التامة :

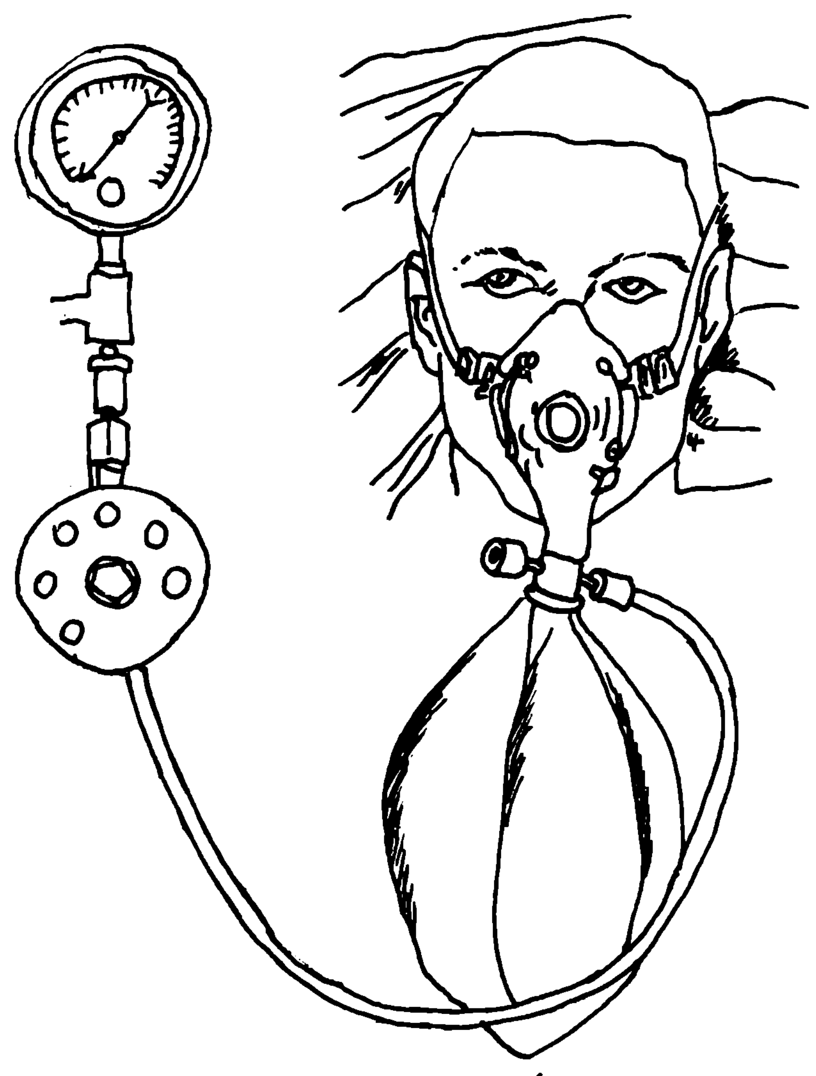
عندما يُنصَح للمريض بالراحة التامة أثناء مرضه . فلتقليل ما يبذله من جهد أثناء عملية التنفس إلى أقل درجة ممكنة تستعمل له طريقة «استنشاق الأوكسيجين » ، لتوفير راحته . وكذلك في الآتي :

٤ ـ في أوديما الرئتين .
٥ ـ في حالات الربو .
٦ ـ في شلل الأطفال المصحوب بشلل عضلات التنفس .

٧ — في انسداد الحنجرة أو القصبة الهوائية المصحوب بزرقة .

٨ — في انسكاب بللوري شديد مع تأثر عملية التنفس .

٩ — في حالات التسمم بغاز أول أكسيد الكربون .



قناع الأوكسيجين Face Masks

١٠ ــ في أثناء العمليات الجراحية خاصة عمليات الصدر والقلب .

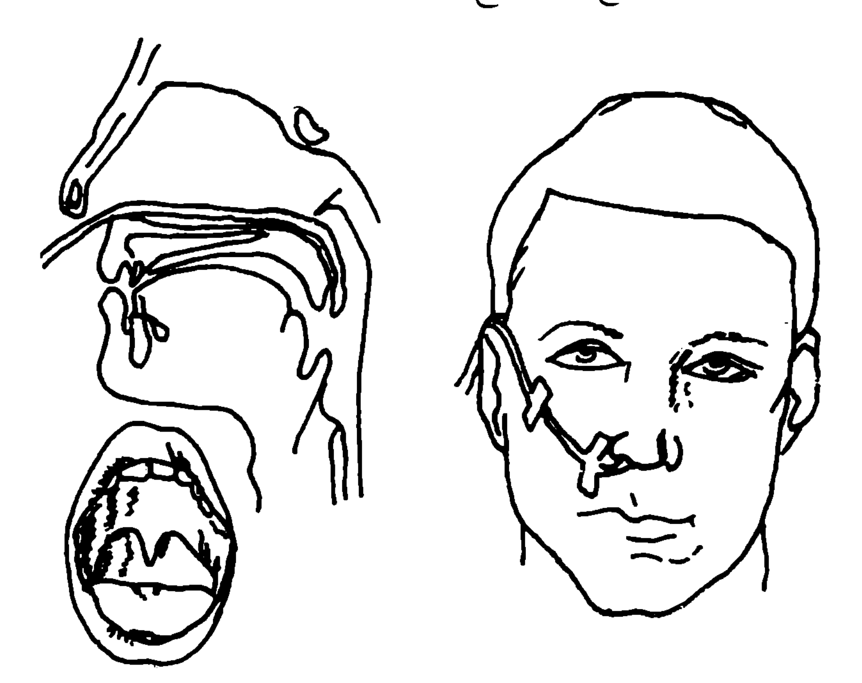
ثانياً: طرق استعمال الأوكسيجين :

١ ــ بواسطة قسطرة الأنف ولكن وجد أن هذه العملية غير كافية وتستعمل هذه الطريقة إذا كانت حالة المريض ليست سيئة وتحتاج إلى كميات قليلة من الأوكسيجين .

٢ ــ بواسطة قناع وهي على نوعين للأنف فقط أو الأنف والفم معاً والأخير يستعمل على نطاق واسع . ويعطى الأوكسيجين بمعدل ٤ لتر في الدقيقة ولهذا القناع أنواع عدة .

٣ ــ بواسطة خيمة الأوكسيجين والتي تشرح بتفصيل في الصفحات التالية :

قطاع يبين وضع القسطرة لاستنشاق الأوكسيجين



وطريقة تثبيت القسطرة على الوجه Diagram of Nasal Catheter

ثالثاً: اعتبارات خاصة في استعمال الأوكسيجين

الأوكسيجين هو غاز عديم الطّعم واللون والرائحة ، وهو يُكوِّن ٢٠٪ من الهواء الجوي .

وهو هام جداً لاستمرار حياة جميع الكائنات الحية ، ومن صفاته المميزة أنه سريع الإشتعال ، وهذا ما يوجب الاحتّراس الشديد عند استعماله ، وأن لا يكون هناك أي نار أو لهب في المكان أو قريباً منه .

ولا شك أن أي إهمال بسيط في أخذ هذا الإحتّراس الشديد عند استعماله ، قد يؤدي إلى حدوث حوادث مؤسفة كثيرة .

وقد يؤدي استعمال السجاير مثلاً إلى حدوث هذه الأخطار الجسيمة ، وكذلك وجود الآلات الكهربائية ؛ ولذلك :

١ – يُحذَّر المرضى من اشعال السجائر .

٢ – ينبه على الزوار بضرورة تنفيذ تعليمات المستشفى في هذا الشأن بكل دقة .

٣ – تخلى الغرفة تماماً من :

أ – الأدوات الكهربائية .

ب – الأفران والمواقد .

ج – الأجراس الكهربائية .

د – آلة الحلاقة الكهربائية .

هـ – الراديو والمسجل والتلفزيون .. الخ .

٤ – وجوب الاحتّراس الشديد من استعمال المفروشات وبخاصة :

أ – الصوفية .

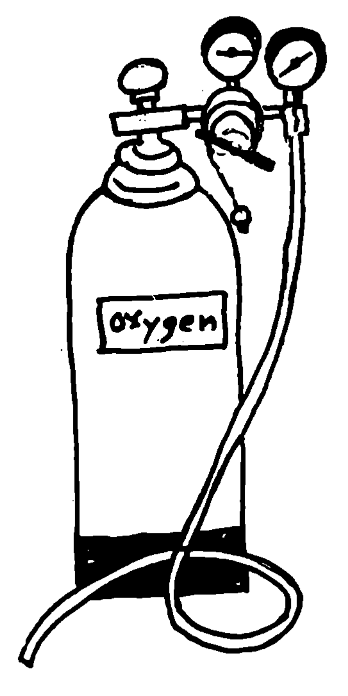
ب – الحريرية .

ج – الأقمشة المصنوعة من الريون .

د – الأقمشة المصنوعة من النايلون .

إذ أنها كلها مصدر للخطورة .

وعلى العموم يجب إخلاء الغرفة من كل ما سبق أثناء استعمال الأوكسيجين .



أسطوانة الأوكسيجين

Ogexen therapy apparatus.

اسطوانة الأوكسيجين :

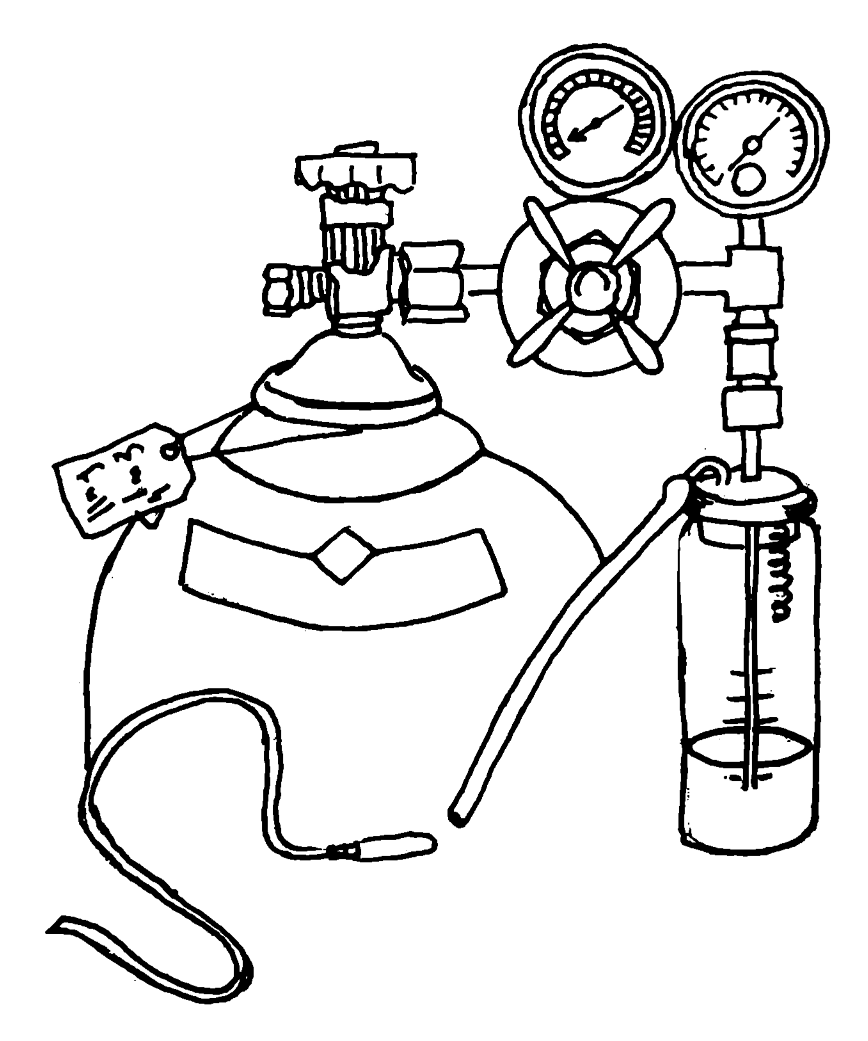
يُحفَظ الأوكسيجين مضغوطاً في أسطوانات سميكة من الفولاذ تحت ضغط شديد .

وللأسطوانة غطاء مُحكَم خاص ، لمنع فتحها صدفة تحت تأثير أي قوة تتعرض لها الأسطوانة .

الأسطوانة العادية الكبيرة المملوءة بالأوكسيجين ، تكون محتوياتها واقعة تحت ضغط أكثر من ٢٠٠٠ رطل على البوصة المربعة .

لإخراج الأوكسيجين بطريقة سليمة ، وبالمعدَّل المطلوب ، يستعمل المنظم الذي يثبت بأعلى الأسطوانة ، وهو يُنظِّم خروج الأوكسيجين وله مقياسان :

(الأول) : يُبيِّن الضغط في الأسطوانة (كمية الأوكسيجين بها).



أسطوانة الأوكسيجين ومتعلقاتها

Oxygen tank and accessories.

(الثاني) : يُبيِّن عدد لترات الأوكسيجين التي تخرج في الدقيقة .

ولسرعة قابلية الأوكسيجين للاشتعال ، فنأخذ الاحتياطات الشديدة عند نقل الأسطوانة لتفادي :

أ — سقوطها .

ب — تحطيمهـــا .

ج — المخاطر الشديدة التي تنتج عن ذلك .

ولذلك يُتّبع ما يأتي :

١ — تُوضَع باحتراس على عربة خاصة .

٢ — تُدفع العربة ببطء واحتراس .

٣ — عدم استعمال أي نوع من الزيوت قرب مخرج الأوكسيجين .

خيمة الأوكسيجين

هي خيمة من البلاستيك الشفاف :

١ — خفيفـــة :

٢ — سهلة الحمل .

٣ — بها ماكينة لتوزيع الأوكسيجين بداخلها وتبريد الهواء فيها .

والغرض من التبريد ، هو المحافظة على درجة حرارة مُعيّنة داخل الخيمة للمحافظة على أعلى مستوى لراحة المريض — وهي تتبع في نظامها نظام التبريد المتّبَع في الثلاجات الكهربائية ، وبها ترمومتر لضبط درجة الحرارة المطلوبة .

رابعاً : احتياطات هامة للمريض الذي يستنشق الأوكسيجين داخل الخيمة :

يجب منع التيارات الهوائية عن المريض أثناء وجوده في خيمة الأوكسيجين .

فالخيمة تُهَيِّىء للمريض أكبر قدر من الحرية والراحة ، ومن أهم المخاطر التي يتَعرَّض لها المريض ، والتي يجب أن تحتاط لها الممرضة أشد الإحتياط ، هي عدم السماح للهواء بالتحرك داخل الخيمة .

ومعظم هذه الخيم مُعدَّة إعداداً محكماً ، لتغيير الهواء بها كل بضعة ثوان لمنـــع :

١ — زيادة ثاني أوكسيد الكربون بها .

٢ — ارتفاع درجة الرطوبة بها .

وسرعة تَحرُّك الهواء داخل الخيمة ، توجد تياراً هوائياً بها ، قد يُسبب إزعاج المريض وعدم راحته .

ويمكن حماية المريض من هذه التيارات الهوائية بتغطية :

أ — رأسه .

ب — عنقه .

ج — أكتافه .

بواسطة غطاء من الفانلا ، يُعمَل خصيصاً للخيمة .

وإذا لم يتوفّر هذا الغطاء ، فيمكن تغطية هذه الأماكن بالمناشف أو غيرها .

الحرارة داخل الخيمة :

يمكن تنظيم درجة الحرارة داخل خيمة الأوكسيجين ، بصفة عامة ، ولجميع الأشخاص وبخاصة أثناء الجو الحار .

ويوصى على العموم بأن تكون درجة الحرارة داخل الخيمة أقل من درجة حرارة الغرفة بما لا يزيد عن ١٥° فهرنهيت فقط .

الخيمة لا تمنع سماع الأصوات :

إن المريض داخل الخيمة ، يسمع كل ما حوله من أصوات ، وما يدور من أحاديث ، إذ أن الخيمة لا تمنع الموجات الصوتية من النفاذ خلالها .

ولذلك يجب على الطبيب والممرضة ، أن يحترسا كل الإحتراس فيما يقولانه، إذ أن المريض يسمع كل ما يقال بوضوح ، كما يجب عليهما الحذر الكامل عنـــد مناقشتهما لحالة المريض وعلاجه ، لئلا يتسبّب ذلك في إثارة مخاوفه وإزعاجه .

اعتبارات خاصة في توفير الرعاية التمريضية للمريض في الخيمة :

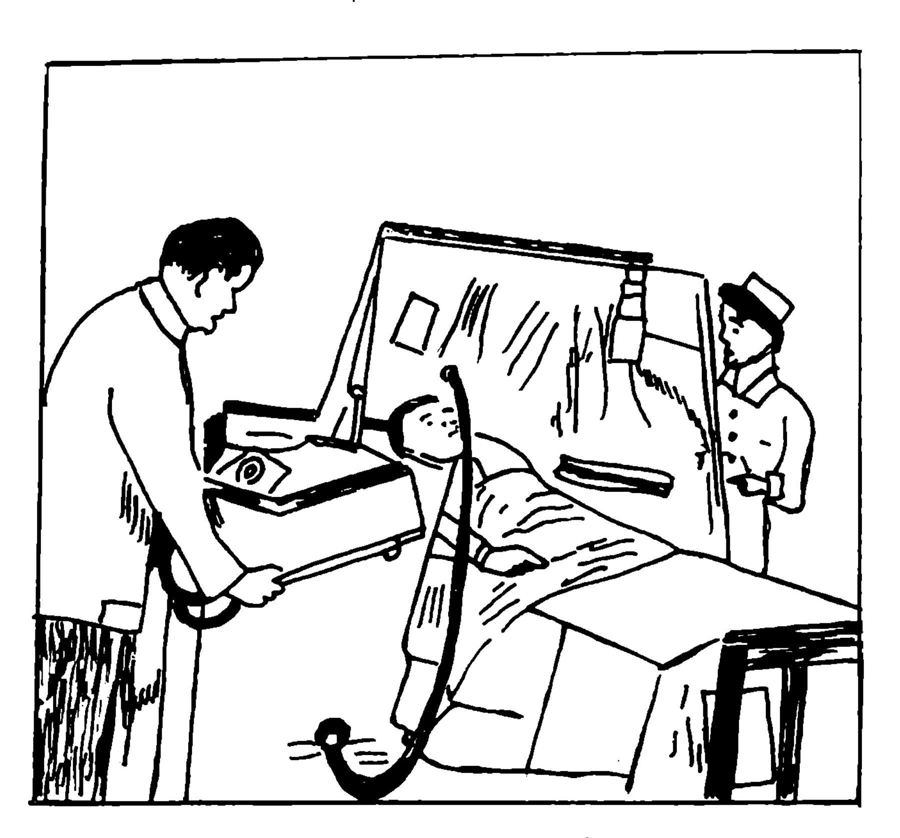
خيمة الأوكسيجين ، معدة إعداداً كاملاً ، لتُمكّن الممرضة من إدخال ذراعيها في الخيمة ، وتحريكهما في جميع الإتجاهات ، فيمكنها بذلك إعطاءه

علاجه وغذاءه ، وأن تُقدِّم له جميع وسائل الرعاية التمريضية بسهولة .

ولذلك يجب وضع خطة متكاملة . تشمل كل احتياجات المريض ، حتى يمكن للممرضة القيام بها في أقل فترة من الوقت ممكنة . حتى لا تفتح الخيمة عدة مرات . مما ينتج عنه تسرُّب جزء من الأوكسيجين إلى خارج الخيمة دون مبرر .

ويُفضَّل عادة استعمال الكحول والبودرة . في العناية بظهر المريض .

أما المحلول الزيتي فيجب تجنبُه بقدر الإمكان ، لأنه خَطِر في حالة وجوده على يدي الممرضة ، عند إمساكها لمُنظِّم أسطوانة الأوكسيجين .



خيمة الأوكسيجين Oxygen tent

وإذا أوجب الأمر استعمال المحلول الزيتي لظهر المريض ، فيجب على الممرضة مراعاة ما يأتي :

١ – العناية التامة بغسل اليدين غسلاً جيداً ، قبل لمسها أسطوانة الأوكسيجين أو الأجهزة المتصلة بها .

٢ – غسل الخيمة جيداً عقب استعمالها مباشرة – وهي سهلة التنظيف .

وتحاول المؤسسات الصحية الآن ، استعمال « الخيم المتاحة » ، أي التي تستعمل مرة واحدة ، ثم يُتخلّص منها مباشرة بعد استعمالها .

خطوات استعمال خيمة الأوكسيجين وقواعدها

الخطوة المقترحة	القاعدة
١ – تُرفَع جميع الأدوات الكهربائية بما فيها الجرس من الوحدة .	قد تساعد الأدوات الكهربائية على اشتعال الأوكسيجين .
٢ – توضع لافتات « ممنوع التدخين » في أماكن ظاهرة ومتعددة في الوحدة .	لافتات التحذير ، تُبيِّن ضرورة الإحتراس لوجود أوكسيجين في الغرفة .
٣ – تُنظّف أسطوانة الأوكسيجين ، تنظيفاً جيداً قبل إحضارها للوحدة .	ذرات التراب العالقة بالجهاز ، قد تتسرَّب إلى المُنظِّم ، وتؤثر على فاعليته .
٤ – تغلق أسطوانة الأوكسيجين قبل نقلها للوحدة ، ويوضع الصمام .	
٥ – تُنقل أسطوانة الأوكسيجين على عربة إلى جوار السرير .	سحب الأسطوانة خطر جداً ، لاحتمال تحطيمها ، وخروج الأوكسيجين منها بكميات ودون التحكُّم فيها .

سقاعدة	الخطوة المقترحة
تجربة الأدوات الميكانيكية للخيمة ، هامة جداً قبل استعمال الخيمة ، لأن ذلك يمنع هبوط تنفس المريض ، في حالة حدوث أي عطل ميكانيكي .	٦ – توصل الخيمة بالمحرك ، ويفتح صمام الأوكسيجين .
	٧ – يُفحَص دخول تيار الأوكسيجين في الخيمة ، وخروج الهواء منها ، وتضبط درجة الحرارة داخلهـا .
الهواء داخل الخيمة يجب أن يحتوي على نسبة من الأوكسيجين . من ٣٠ – ٤٠٪ ، وذلك للعناية السريعة بالمريض . ولأن الأوكسيجين أثقل من الهواء العادي ، فلذلك يجب أن يتدفّق غامراً المنطقة الّتي حول رأس المريض .	٨ – تُقفل كل فتحـات الخيمة بدقة وتحشر من الجانبين جيداً .
يعتمد الّتركيز العلاجي عادة ، على طول الفتّرة ، ولذلك يجب تركيز الأوكسيجين في المنطقـة الموجودة حول رأس المريـض مباشرة .	٩ – يجب أن يستمر تدفق الأوكسيجين ، مدة ٢ – ٥ دقائق ، أثناء إغلاق الكبوت .
دخول الأوكسيجين بقوة في	١٠ – لا بد من تجربة جـو

الخطوة المقترحة	القاعـــدة
الخيمة ، خوفاً من التيـــارات الهوائية ، وذلك بوضع اليد في المنطقة التي حول رأس المريض ، وفي أماكن مختلفة بالخيمة .	الخيمة ، لطرد الهواء الموجود بها ، يتسبّب عنه تيار هوائي قوي داخل الخيمـــة .
١١ – يغطى رأس المريض وعنقه وكتفيه ، بالكبوت أو بفوط .	
١٢ – يراقب مقياس تدفـــق الأوكسيجين ، ويضبط التـدفق بحيث يكون من ١٠ – ١٢ لتراً في الدقيقة .	تدفق الأوكسيجين بسرعـــة ١٠ – ١٢ لتر في الدقيقة ، توجد درجة تركيز الأوكسيجين داخل الخيمة بنسبة ٤٠ – ٦٠٪ .
١٣ – يراقب الترمومتر بدقة ، حتى تنتظم درجة الحرارة .	درجة الحرارة من ٦٨° – ٧٢° ف تكون عادة مريحة للمريض المغطى جيداً ومعتنى به من تأثير التيارات الهوائية .
١٤ – يُضبط عند أحسن درجة حرارة تريح المريض .	

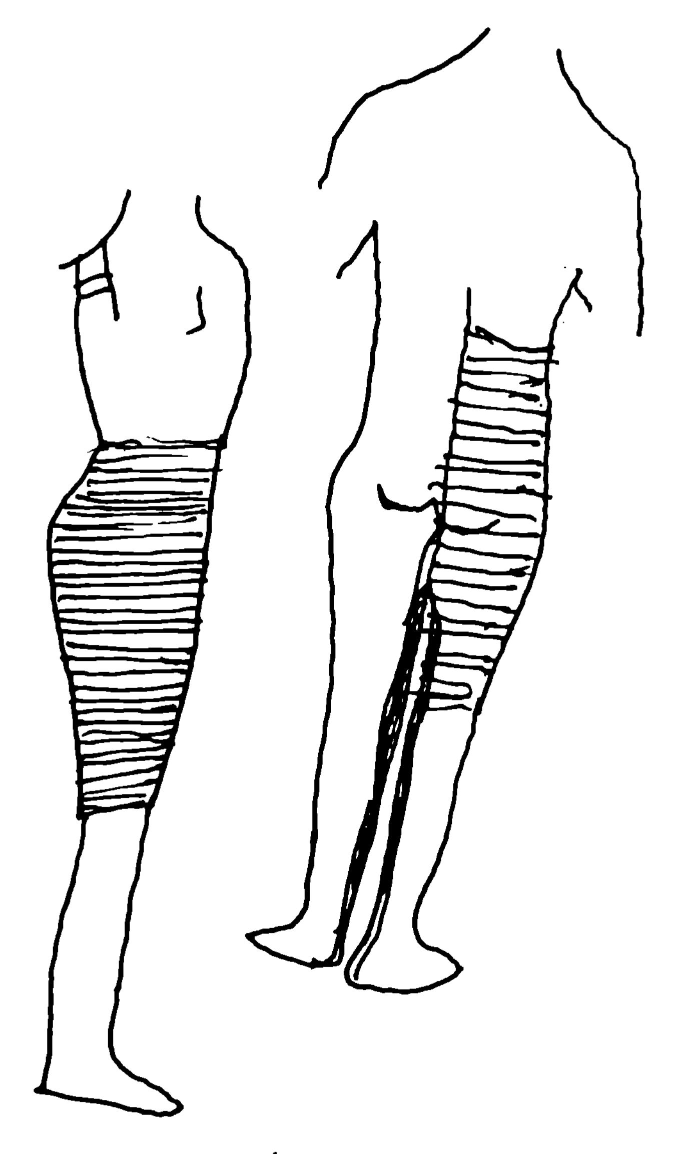
طريقة الحلاقة قبل العملية

الهدف من الحلاقة: تنظيف وحلاقة الجلد مكان العملية لتجنب دخول الشعر في الجرح كجسم غريب أو حامل للميكروبات.

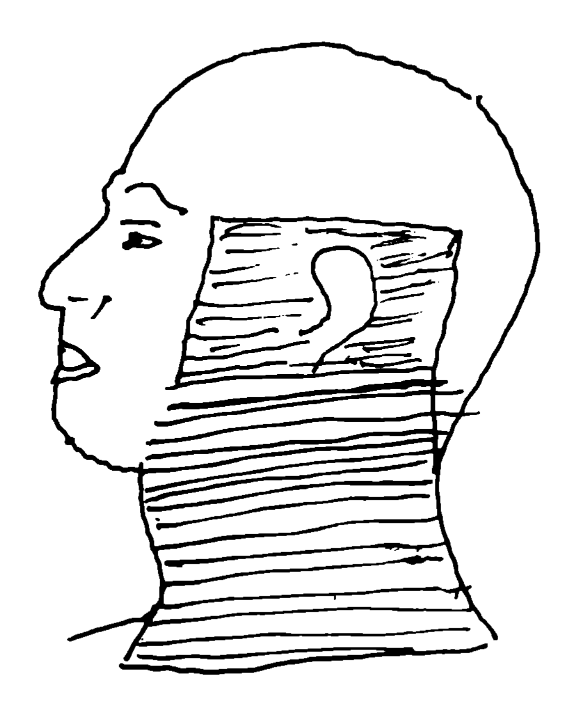
الادوات اللازمة: صينية عليها الآتي:

١ ــ حوض كلوى به ماء وصابون.
٢ ــ حوض كلوى به الة الحلاقة.
٣ ــ فرشة.
٤ ــ شاش.
٥ ــ اسفنج للتنظيف.
٦ ــ موس حلاقة.
٧ ــ فوطة معقمة وقفازاً معقماً.
٨ ــ مشمع.
٩ ــ مقص.

١ ــ يجب ان تتم الحلاقة قبل العملية بحوالى ٦ ساعات على الأقل على أن تتم في الليلة السابقة للعملية.
٢ ــ توضع البرافانات حول المريضة حتى لا يراها أحد سوى الممرضة.
٣ ــ تغسل الممرضة يديها وتنظم الأدوات على الصينية.
٤ ــ تشرح للمريضة بإسهاب عما ستقوم به لها بالاضافة للآتي:
٥ ــ توفير ضوء كافى.
٦ ــ تغطية المريضة بملاءه.
٧ ــ يجب فحص المكان الذي سيتم حلاقته والكشف عن أى علامات للالتهاب أو أمراض جلدية أخرى.
٨ ــ فإذا وجد مكان الحلاقة سليماً توضع المريضة في وضع مريح.
٩ ــ يوضع مشمع وفوطة معقمة تحت المكان الذي يراد حلاقته.
١٠ ــ يغطى المكان المراد حلاقته بمحلول الصابون جيداً بحيث يبدأ من مركز



تحضير حلاقة لعمليات الأطراف



حلاقة لعمليات الرقبة والاذن

المنطقة، والتنظيف يكون بحركة دائرية وبالتدريج حتى الوصول الى خارج المكان الذي سيتم حلاقته.

١١ ـــ يمسك باليد اليسرى قطعة شاش لاستعمالها في الشد أعلى المكان المراد حلاقته ليكون شد الجلد في اتجاه عكسي لنمو الشعر.

١٢ ـــ تحلق المنطقة بالموس فإذا وجد شعر طويل يمكن سحب الموس نحو الأسفل ثم نحو الأعلى لإزالة رغوة الصابون والشعر وتكرر العملية مع الحرص مع الوخز أو جرح الجلد.

١٣ ـــ بعد انتهاء الحلاقة يلزم تنظيف المكان جيدا مع تجفيفه بمنشفة معمقمة.

١٤ ـــ في حالة التنيات مثل السره، وتحت الأبط، ومنطقة السجان فيجب وضع اسفنج مشبع بمحلول الصابون على المكان لإزالة ماقد يكون عالقاً به من مواد غريبة غير نظيفة وتنظف بواسطة قطع الاسفنج الصغيرة.

١٥ ــ إذا اوصى الطبيب بتظهير مكان العملية فإنه يجب بعد الحلاقة اجراء عملية التنظيف والتجفيف بأن يطهر المكان بالمطهر الذي أوصى به الطبيب ثم يغطى بفوطة معقمة مع تثبيتها في مكانها بواسطة مشمع لصاق مؤقتاً وتسمى هذه العملية بالطريقة المعقمة.

١٦ ــ تعاد الأدوات الى الصينية ثم تنظيفها وإعادتها لمكانها الطبيعي.

١٧ ــ توضع المريضة في وضع مريح مع تغطيتها.

١٨ ــ تغسل الممرضة يديها جيدا مع ذراعيها.

تحضير المريض بالحلاقة لجراحة الرقبة والجزء العلوى من الصدر (شكل٢)

حلاقة لعمليات الرأس والرقبة (شكل ١)

توجيهات خاصة لأنواع الحلاقة:

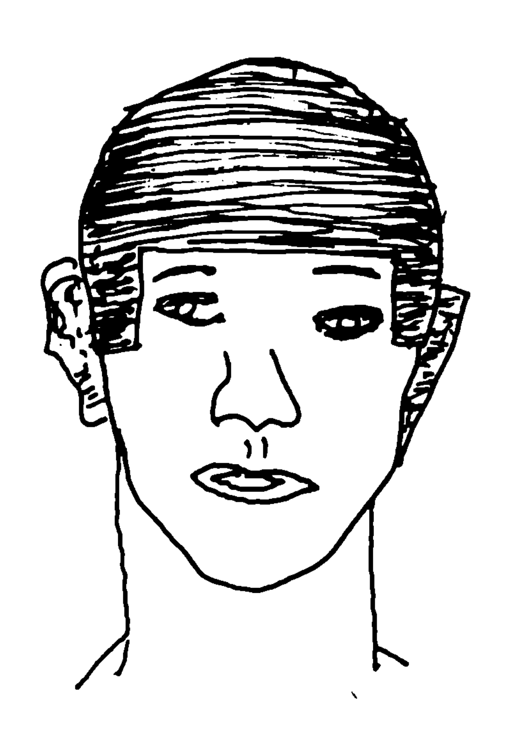
١ ــ جراحة الجمجمة: يجب توقيع الاذن بالعملية من المريض أو اسرته قبل حلق شعر رأسه كما يرأعى تنفيذ رغبة الطبيب عن درجة قص الشعر أو حلاقته (شكل ١).

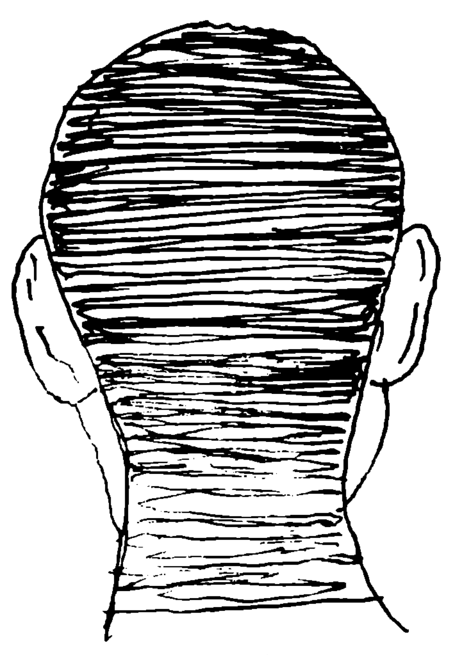
٢ ــ جراحة العنق: تحلق مقدمة الرقبة من عند الذقن حتى خط الثدى مع حلاقة جانبى الرقبة حتى خط الشعر ومؤخرة الرقبة حتى الرأس (شكل ٢).

جراحة الصدر: تبدأ الحلاقة في الجهة المصابة من العمود الفقرى باتجاه الخط النصفى نحو الأمام ثم من عند عظمة الترقوه حتى السره، ثم لمسافة مماثلة من الخلف (شكل٢).

جراحة الثدى: يحلق نفس المكان الذي يحلق لعملية الصدر بالاضافة الى منطقة الإبط في المكان الذي سيجرى فيه العملية وكدلك الذراع من الكتف حتى الكوع (شكل ٣).

جراحة البطن: تبدأ حلاقة الشخص المريض لاعداده للعملية من تحت الثدى





حلاقة لعمليات الرأس والرقبة شكل (١)



تحضير المريض بالحلاقة لجراحة الرقبة والجزء العلوى من الصدر شكل (٢)

على أن تشمل منطقة العجان مع مراعاة العناية بنظافة السرة وحول أصل الفخذ ومنطقة العجان مع حلاقة المنطقة الإبطية والجانبين للمريض وكذلك العانه (شكل ٤)

الجراحة النسائية: تبدأ الحلاقة من السرة حتى اسفل منطقة العانة والعجان والشرج مع إعطاء رعاية خاصة بالمنطقة المحيطة بالشرج بالاضافة الى حلاقة المسافة الممتدة بين باطن الفخذ وخلفه.

جراحة الشرج: تحلق المنطقة حول الشرج وتنظف جيداً مع منطقة العجان.

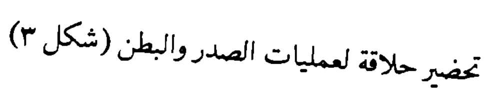
جراحة الأمعاء: يتبع فيها طريقة الحلاقة التي تعمل لجراحة البطن والشرج.

جراحة الكلى: تبدأ الحلاقة من خط الثدى حتى منطقة العجان ومن خط النصف الأمامى للبطن إلى العمود الفقرى من الخلف.

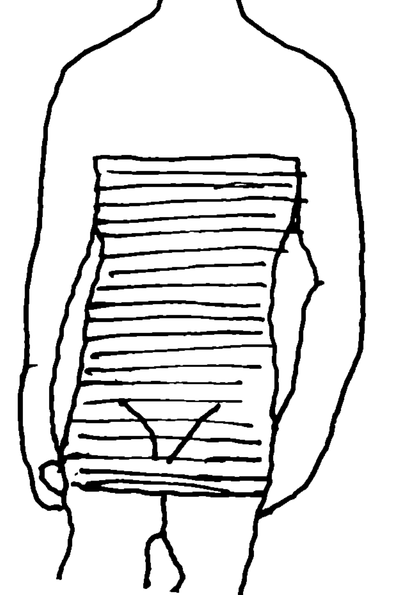


تحضير حلاقة لعمليات الكتف واليدين





تحضير حلاقة لعمليات الصدر والبطن (شكل ٣)



تحضير حلاقة عمليات البطن (شكل ٤)

عملية البتر: المفروض على الممرضة التأكد من الجزء الذي سيتم استئصاله وحدوده جيداً فتحلق مساحة ١٢ بوصة فوقه و١٢ بوصه تحته.

انواع اخرى من الجراحة: يجب على الممرضة أن تتلقى من الطبيب تعليمات عن المساحات التي تتطلبها الانواع الاخرى من الجراحة قبل البدء في الحلاقة وذلك عن المنطقة التي ستعمل فيها العملية بالضبط.

يراعى الآتى عند الحلاقة:

١ ــ عدم استعمال السوائل المتطايره مثل الكحول أو الأثير أو البنزين أو الاسيتون عند الحلاقة في غرفة العمليات وذلك لأنها سوائل قابلة للحريق وتسبب حروق وانفجار.

٢ ــ يجب مراعاة الدقة عند القيام بالحلاقة لمنع حدوث جروح في الجلد مكان العملية مما يتسبب عنه التلوث للعملية.

المراجع

REFERENCES

1. Benson, Margaret E. :
Hand washing — An important part of medical asepsis, Am. J. nursing. 57 : 1136, Sep. 1957.

2. Cherescavich, Gertrude :
A shared. nursing care plan, Am. J. nurs. 59 : 202, February. 1959.

3. Davis, Anne J. :
The skills of communication, Am. J. nursing. 63 : 66, January 1963.

4. Faber :
A general text book of nursing. 19th edition, pp. 43-53.

5. Fash, Bernice :
Body mechanics in nursing arts, p.p. 3-24, 48-59, New York, Mc Graw-Hill, 946.

6. Field, Minna :
Patients are people, ed. 2 Columbia University Press, New York, 1958.

7. Fuerst and Wolf :
Fundamentals of nursing, third edition, Lippincott. Company, Philadelphia, Monterial.

8. Hughes, k. E. :
Principles of sterilization by steam under pressure, nurs. times, 56 : 120, January 29, 1960.

9. Ingles, Thelma :
What a good nursing ? Am. J. nurs., 59 : 1246, September 1959.

10. Johnson, Dorothy E. :
A phylosophy of nursing, nurs. out look, 7 : 198, April 1959.

11. Johnson, Miriam M., and Martin, Harry W. :
A sociological analy. 515 of the nurse role, Am. J. nursing. 58 : 373, March 1958.

12. Kory, Ross C. :
Routine measurement of respiratory rate, J.A.N.A. 165 : 448, October 5, 1957.

13. Kreuter, Frances Reiter :
What is a good nursing care ? Nurs. out look, 5 : 302, May 1957.

14. Koos, Earl L. :
The sociology of the patients, Ecl. 3, New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1959.

15. Mc Cullah, Ernest C. :
Disinfection and sterilization, ed. 2, 472 pp., Philadelphia, Lea and Feiber 1945.

16. Montag. Swenson :
Fundamentals in nursing care, third edition, pp. 63-93, 189-224.

17. Mosby :
Practical nursing care, third edition, 1974, pp. 233, 311.

18. Perkins, John J. :
Principles and methods of sterilization, 340 pp., Springfield, 211., Thomas, 1956.

19. Sellers, Jacqueline, and Yoder, Ann :
A comparative study of temperature readings, nurs. res. 10 : 43, winter 1961.

20. Sellers, Jacqueline, and Yoder, Ann :
A comparative study of temperature readings, nurs. res. 10 : 43, winter 1961.

21. Stevenson, Jessie L. :
Posture and nursing, ed. 2, pp. 7-72, new organization for Public Health Nursing and the National League of Nursing Education, 1948.

22. Thompson La Verne :
Thermometer disinfection, Am. J. Nurs. 63 : 113, February 1963.

23. Wagner, Berniece, and Reed, Ann Elizabeth :
The nursing care plan, nurs. out look 9 : 172, March 1961.